

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1930-1931 — N° 156

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Rétablissement de la Continuité Intestinale
APRÈS COLECTOMIES
POUR CANCERS DU COLON GAUCHE
ET DE LA RÉGION RECTO-SIGMOÏDE

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE DIJON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Mai 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph PONT

Né le 24 Juin 1906, à Majunga (Madagascar)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

Mai 1931

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Rétablissement de la Continuité Intestinale
APRÈS COLECTOMIES
POUR CANCERS DU COLON GAUCHE
ET DE LA RÉGION RECTO-SIGMOÏDE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1930-1931 — N° 156

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Rétablissement de la Continuité Intestinale
APRÈS COLECTOMIES
POUR CANCERS DU COLON GAUCHE
ET DE LA RÉGION RECTO-SIGMOÏDE

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE DIJON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Mai 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph PONT

Né le 24 Juin 1906, à Majunga (Madagascar)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Mai 1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.	LÉPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	GAYET.
Chimie biologique et médicale.	NOVÉ JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL.
Anatomie.	X.
Histologie.	GUIART.
Physiologie.	LATARJET,
Pathologie externe.	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutique générales.	DOYON.
Anatomie pathologique.	VALLAS.
Chirurgie opératoire.	FROMENT.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.	GADE.
Médecine légale.	FAVRE.
Hygiène.	PATEL.
Thérapeutique.	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie.	MARTIN (Etienne)
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.
	PIÉRY.

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie. CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.	THÉVENOT (Léon)
Puériculture et Hygiène de la première enfance.	RHENTER,
Chirurgie expérimentale.	TAVERNIER.
Applications du radium.	NOGIER.
Stomatologie.	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph)	CIBERT
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
RHENTER	DUFOURT	GATÉ	GUILLEMINET
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
CHALIER (André)	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU (Cb.)
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	

M. BAYLE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, *Président* ; CHALIER (A.), *Assesseur*.

MM. POLLOSSON et CIBERT, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE, A MA MERE

En témoignage de ma filiale affection

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

MADemoiselle MARGUERITE PONT

Professeur Agrégée de Sciences

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERARD

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Nous lui témoignons ici toute notre
gratitude pour l'honneur qu'il nous a
fait en acceptant de présider cette
thèse.

A MES JUGES

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC

Directeur de l'Ecole de Médecine de Dijon
Professeur de Clinique Chirurgicale

Nous le remercions de la grande bienveillance et de la confiance qu'il nous a témoignées pendant nos années d'étude. Nous lui dédions ce travail dont il fut l'inspirateur et qu'il enrichit de son expérience.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETITJEAN

Professeur de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine de Dijon

Nous lui témoignons toute notre gratitude pour l'enseignement si fécond dont il nous a fait bénéficier pendant notre internat.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR BEL.

MONSIEUR LE DOCTEUR BRENOT (*in memoriam*).

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDEMET.

MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECLERC.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETITJEAN.

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR AGRON.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECLERC.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETITJEAN.

A TOUS MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL
DE DIJON

Laboratoire d'Anatomie

MONSIEUR LE PROFESSEUR ZIPFEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT.

INTRODUCTION

L'ablation des cancers du gros intestin expose le malade à trois dangers principaux :

Deux sont inhérents à l'exérèse en elle-même :

— Danger de la cellulite par mobilisation de la tumeur soit anatomiquement, soit pathologiquement adhérente.

— Danger de la colectomie proprement dite.

Le troisième est conditionné par le rétablissement de la continuité intestinale. Ce temps opératoire est certainement le plus grave et le plus discuté des trois d'où le grand nombre des procédés qui ont été proposés pour le réaliser.

Cette variété des méthodes s'explique par la variété même des circonstances qui modifient les conditions opératoires ; telles que ces différences locales suivant le siège du néoplasme, suivant que le segment intestinal qui le porte est mobile ou non, suivant le degré d'envahissement qui commande l'étendue de l'exérèse

à faire. Mais plus que toutes ces causes ce sont les risques que font courir les sutures qui ont amené les divergences dans les méthodes. Ces risques sont dus au côlon lui-même, à sa vascularisation précaire, à son péritoine moins adhésif que celui du grêle et surtout aux modifications apportées à la paroi intestinale par la stase (*Thèse de Leclerc, Lyon, 1906*).

Depuis que nous savons avec Pierre Duval rendre au côlon sa mobilité embryologique première par la pratique du décollement colo-pariétal, avec Lardinois et Okinczyc à le libérer du tablier épiploïque et à réaliser l'abaissement des angles, il n'y a plus d'objection de principe dans la plupart des cas à ne pas terminer de la même façon ses opérations pour cancers du côlon gauche, la colectomie étant faite. Ce qu'il faut, et en somme la question de la chirurgie colique en cas de tumeur gravite en grande partie autour de ce point, c'est trouver un procédé inoffensif de rétablissement du circuit intestinal.

C'est pourquoi, ne voulant pas envisager la question du cancer du côlon dans son ensemble, nous nous limiterons à étudier quelle est la meilleure façon, une colectomie étant faite, de rétablir la continuité intestinale.

C'est d'ailleurs ce problème qui se pose avec le plus d'insistance à l'esprit du chirurgien. En effet, la colectomie en elle-même est actuellement bien réglée dans ses divers temps opératoires : sa réalisation technique est assez facile dans la plupart des cas : ses indications relativement aisées à poser. L'opérateur n'a plus guère qu'une préoccupation : franchir

l'étape ganglionnaire envahie, ce qu'il doit faire sans se soucier d'adapter l'étendue de l'exérèse au rétablissement de la continuité intestinale. Mais quand vient le moment de réparer, c'est alors qu'il faut le plus de jugement et de réflexion pour décider d'une conduite à tenir souvent lourde de conséquences.

Et, malheureusement, il est très difficile de se faire une opinion en prenant connaissance de la littérature cependant immense parue sur ce sujet. Les procédés sont multiples et l'appréciation de la valeur de chacun d'eux est des plus variables d'un auteur à l'autre. Dans ces conditions, nous n'avons pas voulu additionner des statistiques hétérogènes et nous avons préféré en analyser de près une seule, modeste il est vrai, mais faite d'observations dont nous avons pu connaître tous les détails et que nous avons pu interpréter dans le sens le plus conforme à la réalité. C'est dans cet esprit, soucieux de donner aux faits leur véritable valeur, que nous essayerons d'apporter ici une contribution à l'étude du rétablissement du circuit intestinal après colectomie pour cancer du côlon gauche.

Nous avons délimité ce dernier en y comprenant avec Pierre Descomps et Grégoire l'angle splénique qui se rattache embryologiquement au côlon descendant : le séparant ainsi de l'anse gastro-colique mobile du transverse qui forme le côlon moyen d'Okinczyc.

Notre étude portera dès lors sur la totalité de l'intestin terminal anse sigmoïde incluse. Toutefois, nous avons préféré, à propos de cette dernière, envisager à part les cancers de sa partie terminale intra-pel-

vienne formant la région clinique recto-sigmoïdienne. Ces derniers, en effet, de par leur situation et pour des considérations anatomiques particulières imposent des conditions thérapeutiques spéciales.

CHAPITRE PREMIER

PREMIÈRE PARTIE

Exposé des méthodes de rétablissement de la continuité intestinale après exérèse d'un Cancer du côlon gauche.

Nous ferons cet exposé de façon succincte étant donné que la question a été traitée très complètement au Congrès de Chirurgie de 1922 par Abadie et Okinczyc et reprise plus récemment en 1924 au point de vue classification par Schwartz et Duval (in *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris* des 5 et 12 avril 1924).

Dans leur ensemble, les méthodes se rapportent à trois types principaux :

I. Soit l'abandon de tout rétablissement de la continuité intestinale après colectomie ;

II. Soit son exécution de suite après l'ablation de la tumeur et dans le même temps qu'elle ;

III. Enfin, le renvoi à un temps spécial postérieur à la colectomie du rétablissement du circuit colique.

A côté de ces méthodes se placent deux procédés qui n'en modifient nullement les principes généraux, mais qui en sont un complément utile, souvent même indispensable. Nous voulons parler de la colectomie retardée après extériorisation et surtout de la dérivation. Bien que ne se rattachant pas directement à notre sujet nous ne pouvons passer ces procédés sous silence étant donnée l'importance qu'ils ont acquise actuellement.

Ils permettent, en effet, judicieusement employés en diminuant les risques de la colectomie et plus encore de la colorraphie d'obtenir une amélioration notable des résultats surtout de cette dernière.

A) *Colectomie retardée après extériorisation.* — Ses avantages sont d'isoler complètement la grande cavité abdominale qui se trouve à l'abri de toute contamination au cas où les sutures de la colorraphie viendraient à se désunir partiellement: de plus, elle pallie au danger de la rétraction des segments coliques après l'exérèse dans l'hypothèse où l'on aurait adopté une méthode comportant un anus artificiel temporaire *in situ*.

Malheureusement, ces avantages ont leur contrepartie: s'il y a eu extériorisation d'une anse avec son méso, la rétraction est cause que l'ablation secondaire du pédicule ganglionnaire risque d'être insuffisante. Si le méso a été sectionné en premier, l'arcade anastomotique marginale peut ne pas suffire à assurer la

vitalité de l'anse extériorisée, ce qui ferait perdre le bénéfice du procédé.

B) *Dérivation*. — Sa nécessité, contrairement à celle de la colectomie retardée, est à peu près reconnue de tous en ce qui concerne le traitement opératoire des cancers du côlon gauche.

Les buts qu'elle se propose sont les suivants :

1° Faite préalablement à la colectomie, par son action sur la stase intestinale plus ou moins marquée mais presque toujours existante en cas de néoplasme du côlon gauche, elle a deux effets importants :

L'un sur l'état général des malades qui est heureusement amélioré par la désintoxication consécutive à l'élimination des produits toxiques en rétention au-dessus de l'obstacle tumoral.

L'autre sur l'état local du segment intestinal sus-jacent au néoplasme qui se modifie sous l'influence de conditions physiologiques nouvelles et tend à redevenir plus ou moins ce qu'il était en temps normal.

2° Maintenue après le rétablissement de la continuité intestinale ou faite contemporaine de ce temps opératoire, elle contribue à protéger les sutures fragiles contre le traumatisme que crée le passage immédiat de tout le contenu intestinal à travers une anastomose en voie de cicatrisation, ce qui est d'autant plus important, que celle-ci a été pratiquée sur des segments intestinaux qui se ressentent des altérations que leur a fait subir la présence d'un cancer ayant évolué souvent pendant une assez longue durée. Elle évite également toute distension gazeuse intempestive.

Si nous envisageons maintenant les conditions d'exécution de la dérivation, nous voyons qu'elle peut être réalisée de plusieurs façons différentes :

1° Faite préalablement à la colectomie elle peut être soit externe, soit interne.

a) La dérivation externe est la plus communément pratiquée en cas de cancer du côlon gauche. Sa situation soulève des controverses en ce qui concerne son influence sur l'état de l'intestin sus-jacent à la tumeur. En effet, si la dérivation externe préalable est faite à distance cæcale comme la pratiquent Baum-Jaboulay-Cavaillon, et si la tumeur est très sténosante, il sera difficile, uniquement par elle, de débarrasser complètement le segment colique dilaté en amont de l'obstacle, même en retardant beaucoup l'exécution de la colectomie.

Cet inconvénient disparaît avec la dérivation proche de Savariaud et Souligoux mais alors la présence de cette dernière au contact du champ opératoire est une gêne sérieuse apportée à l'exérèse du cancer et au rétablissement de la continuité intestinale. M. Leclerc tend actuellement à adopter la solution intermédiaire qui consiste à faire l'anus artificiel transverse de Schloffer.

Il existe également une autre considération de détail mais qui a son importance, c'est celle de la modalité de cette dérivation qui peut être conçue partielle ou totale. Dans le premier cas, le contenu intestinal n'est pas dérivé en totalité et par suite le segment colique compris entre la tumeur et la dérivation n'est pas au repos complet. Cet avantage existe dans le

deuxième cas, mais est compensé par des difficultés techniques de réalisation ou de fermeture de l'anus artificiel créé qui entraînent une gravité opératoire que l'on ne doit pas négliger.

b) La dérivation préalable interne a été peu pratiquée jusqu'ici pour cancers du côlon gauche. Elle peut être réalisée soit par anastomose simple, soit par exclusion. Il faut en tout cas, pour que les risques inhérents aux sutures ne soient pas trop grands, que ces dernières soient pratiquées sur des segments intestinaux suffisamment distants de la tumeur au moins en amont (les effets locaux de la stase se faisant surtout sentir près de l'obstacle).

2° La dérivation pratiquée dans le même temps que la colectomie est absolument semblable dans sa réalisation à celle faite préalable. Elle n'en a pas l'avantage d'une influence sur l'état général du malade mais n'impose pas à ce dernier un temps opératoire spécial pour son exécution.

a) Elle est faite d'ordinaire surtout externe et si elle a pu être réalisée plus ou moins distante c'est surtout la dérivation *in situ* ou très proche qui est actuellement la plus employée.

b) Nous ne citerons que pour mémoire la dérivation contemporaine interne de Monprofit et Giordano qui n'est que très rarement pratiquée.

Nous terminerons là cette digression un peu longue, qu'il nous était impossible d'éviter même en limitant notre sujet comme nous l'avons fait. Car tant que nous ne parviendrons pas à faire généralement le diagnostic précoce du cancer colique, alors que ni l'état gén-

ral du malade ni celui purement local du côlon au voisinage de la tumeur ne sont sensiblement modifiés par la maladie (ces deux causes étant surtout celles auxquelles il faille en définitive attribuer la gravité du traitement opératoire du néoplasme colique gauche ; gravité qui ne se retrouve plus la même lorsqu'on opère pour d'autres lésions du gros intestin), nous ne pourrons espérer voir se généraliser avec sécurité la méthode idéale d'exérèse segmentaire suivie d'anastomose bout à bout immédiate sans dérivation.

Nous allons examiner maintenant les méthodes ayant trait directement au rétablissement de la continuité intestinale.

I. *Abandon de tout rétablissement.* — Si l'on envisage dans le détail les résultats du traitement opératoire du cancer du côlon gauche, il est apparent que l'entérorraphie vient grever la mortalité déjà lourde de la colectomie. Si bien que la question s'est posée, étant donnée que la réalisation de la continuité intestinale n'est que secondaire au point de vue du pronostic vital ultérieur des cancers du gros intestin traités chirurgicalement, qui n'est en somme conditionné que par l'efficacité de l'exérèse; de s'en tenir simplement à la colectomie et de guérir au prix de l'infirmité qu'est une dérivation artificielle externe permanente.

Cette solution ne peut satisfaire le malade ni l'esprit du chirurgien et n'est qu'un pis aller admissible uniquement dans ces cas plutôt rares où l'entérorraphie, qui doit toujours être subordonnée à l'exérèse,

se trouve, de par l'étendue de cette dernière ou à cause de conditions locales particulières, quoique l'on fasse techniquement irréalisable. Ce fait ne se produit guère que pour les cancers pelviens que nous étudierons dans la seconde partie de notre travail. Mais ceux-ci mis à part, on doit, pour les néoplasmes des autres parties du côlon gauche, s'efforcer de ne pas laisser au malade d'infirmité gênante. C'est ainsi que l'on pourrait, d'autre part, se dispenser de rétablir localement la continuité de l'intestin en fermant les deux extrémités en cul-de-sac après section de la tumeur, mais en pratiquant une anastomose interne à distance, par exemple une cæco ou iléo-sigmoïdostomie. Mais ce procédé n'est pas recommandable car il laisse deux culs-de-sac dont le supérieur surtout est sujet à se distendre ou à faire cavité de rétention, ce qui est une source de complications immédiates et de gêne tardive. M. Leclerc, qui l'a employé deux fois, a eu une guérison et une mort : nous discuterons plus loin ses observations.

II. *Rétablissement de la continuité intestinale réalisé dans le même temps que la colectomie.* — L'opération type est celle de Reybard. Elle comporte une résection segmentaire suivie immédiatement après d'une anastomose colo-colique termino-terminale. On peut également faire l'anastomose latéro-latérale à condition de ne pas laisser de culs-de-sac importants. Cette opération reste l'idéal auquel peut tendre la chirurgie du cancer colique mais nous l'avons déjà dit, tant que le diagnostic précoce des néoplasmes ne sera

pas fait, il ne pourra être question de l'employer avec succès sans l'associer à un procédé complémentaire. Actuellement, elle peut être faite :

1° Sous couvert d'une dérivation externe préalable plus ou moins proche (voir ce que nous en avons dit pages 16 et 17) ;

2° Sous couvert d'une dérivation préalable interne ;

3° Sous couvert d'une dérivation contemporaine dont la plus pratiquée est la dérivation *in situ* ou faite très proche. Celle-ci est réalisée dans les procédés de :

a) BOUILLY-VOLKMANN. — C'est une colectomie analogue à celle de Reybard qui peut, comme elle également, être faite à péritoine fermé. Seulement, l'anastomose colo-colique est laissée inachevée. Elle ne porte que sur les deux moitiés postérieures des circonférences coliques à suturer ou sur les 3/4 (Fiolle), le reste étant abouché à la peau d'où un anus tangentiel *in situ*.

b) LARDENNOIS. — Ici l'anastomose est complète d'emblée réalisée par une implantation termino-latérale du bout inférieur dans le bout supérieur à peu de distance de son extrémité. La dérivation très proche est immédiatement sus-jacente à l'anastomose : l'extrémité qui prolonge la direction de l'anse afférente étant abouchée à la peau. Tout le contenu intestinal peut être ainsi dérivé sans qu'il franchisse pendant sa cicatrisation la zone des sutures, surtout si l'on emploie un tube en verre de Paul ou en caoutchouc de Mayo dépassant leur niveau.

c) HARTMANN-MAC GREW. — L'opération comprend

le même principe d'une colorrhaphie totale exécutée de suite après la colectomie.

Elle est faite latéro-latérale anisopéristaltique. Les deux culs-de-sac ainsi créés et juxtaposés sont attirés dans les lèvres de l'incision cutanée; le supérieur étant ouvert en anus *in situ* en cas de besoin et fixé ou non à un tube dépassant les sutures comme dans le procédé précédent.

4° Sous le couvert à la fois d'une colectomie retardée après extériorisation et d'une dérivation *in situ*.

C'est le procédé de Quénu-Cruet. Le rétablissement de la continuité est exécuté ensuite partiellement après l'exérèse comme dans l'opération de Bouilly-Fiolle-Volkman. L'anus artificiel est donc tangentiel.

Nous n'avons considéré jusqu'ici que des résections segmentaires. Si la colectomie poussée à l'extrême était faite totale comme l'ont préconisé Lane, Taylor, Psuchet, la dérivation contemporaine *in situ* deviendrait inutile et l'anastomose pourrait être faite d'emblée complètement.

On peut même la concevoir ici termino-latérale, ce qui réalise l'image de l'implantation iléo-colique anatomique normale.

III. Rétablissement de la continuité intestinale exécuté dans un temps spécial postérieur à la colectomie: rétablissement retardé.

Le principe est de supprimer toute anastomose même partielle immédiate. Après résection de la tumeur les deux tranches de la section colique sont abouchées l'une et l'autre à la peau. C'est le type de l'anus *in situ*

en canon de fusil double. Ultérieurement, lorsque l'état local du côlon est redevenu normal, on entreprend de rétablir le circuit intestinal.

Aux opérations de ce type, on peut également associer l'extériorisation avec colectomie retardée, d'où, deux classements :

a) Opérations avec colectomie retardée et anastomose secondaire :

Type Bloch-Reclus : Il y a extériorisation de l'anse et de son méso.

Type Mikulicz (1^{re} manière) : Le méso est sectionné en gardant l'arcade anastomotique qui doit assurer la vitalité de l'anse extériorisée.

b) Opérations avec colectomie immédiate et anastomose secondaire :

Type Paul-Hartmann : La colectomie est faite en péritoine fermé et en dernier lieu. Les deux orifices abouchés à la peau sont fixés suivant le cas à un ou deux tubes de Paul.

Type Mikulicz (2^e manière) : Même principe que précédemment mais la colectomie est faite à péritoine ouvert. En général, on ne se sert pas de tube de Paul, l'orifice du bout afférent étant seulement maintenu obturé quelque temps par un écraseur ou un clamp.

Avant de clore cette revue d'ensemble, des principaux procédés actuellement usités pour rétablir la continuité du circuit intestinal après colectomie, nous ferons remarquer l'importance de plus en plus marquée qu'a prise la dérivation contemporaine faite *in situ* ou très proche, que la colorrhaphie soit exécutée d'emblée ou reportée à un temps ultérieur.

Il en existe en résumé trois types nettement distincts :

1° L'anus latéral ou tangentiel.

C'est celui des procédés de Bouilly, Fiolle, Volkmann, Quénu, Cruet. Il n'assure qu'une dérivation partielle et ne met pas au repos complet l'anastomose. On ne peut éviter avec lui la souillure de la plaie opératoire fraîche et les risques d'infection qui peuvent en découler.

Mais il a l'avantage d'être de réalisation facile et surtout sa cure est en général simple.

2° L'anus à éperon des adossements en canon de fusil.

Il assure une dérivation complète. Son exécution est plus simple encore que celle des anus tangentiels. Son gros inconvénient réside dans sa cure ultérieure par suite de la présence d'un éperon qu'il faudra au préalable réséquer. Cette résection peut devenir très dangereuse si l'éperon est insuffisamment long ou large, car elle expose à ouvrir l'intestin en péritoine libre ou à pincer une anse adjacente. Il importe donc comme l'a signalé Schwartz que l'on apporte le plus grand soin à réaliser lors de la colectomie un adossement dont on connaisse exactement la largeur et la profondeur, de façon à avoir ultérieurement, tout compte tenu de la rétraction constante, un éperon nettement marqué dont la section soit facile et inoffensive. Faute de cette précaution, on serait obligé très souvent, pour supprimer la dérivation, de faire une nouvelle résection des deux bouts coliques adossés

suivie d'une anastomose immédiate, ce qui ne manquerait pas de gravité.

Ajoutons qu'avec ce mode de dérivation et par l'emploi de tubes ou en laissant oblitéré quelque temps l'orifice de l'anse afférente, il est facile d'éviter la souillure de la plaie opératoire fraîche.

3° L'anus immédiatement sus-jacent à une anastomose complète.

Il est réalisé dans les opérations de Hartmann-Mac Grew et de Lardennois. Il assure comme le précédent une dérivation à peu près totale avec protection facile de la plaie opératoire au début : mais à l'inverse de l'anus à éperon, toute la difficulté est reportée au 1^{er} temps lors de son exécution. Sa cure, par contre, est très simple et n'offre pratiquement pas d'aléas. L'inconvénient que l'on peut lui reprocher est de lâcher en péritoine libre une anastomose complète.

Cependant, du fait que le contenu intestinal peut être efficacement dérivé par-dessus la zone des sutures en voie de cicatrisation sans que rien, ou du moins aussi peu que possible, ne la franchisse (ce qui est un point essentiel), il ne résulte pas, dans ces conditions, de risques trop importants à courir, la désunion ayant peu de chances de se produire avec une entérorraphie correctement exécutée.

DEUXIÈME PARTIE

Exposé des Observations de Cancers du côlon gauche qui forment la base du présent travail.

(Statistique du D^r Leclerc)

*Colectomies sans rétablissement in situ du circuit intestinal.
Il y est pallié par une dérivation interne définitive.*

N° 1

Homme 49 ans.

Troubles intestinaux depuis 2 ans. Obstruction chronique nette depuis 1 mois.

Laparotomie médiane. Néo situé sur l'angle gauche. Côlons ascendant et transverse très dilatés. On fait une cæco-sigmoïdostomie.

Deuxième intervention 3 semaines plus tard, en mars 1925.

Incision symétrique de celle de Mayo. Le côlon droit est toujours très distendu. Résection emportant la moitié gauche du transverse et la moitié supérieure du côlon descendant. A cause de la distension on ne se risque pas à une anastomose. Les 2 bouts sont fermés soigneusement en cul-de-sac.

Suites : d'abord bonnes ; puis le malade vomit bien que le ventre soit très souple. Un lavage d'estomac amène un soulagement momentané. Enfin mort le 8^e jour sans signes de péritonite évidents.

N° 1'

Nous nous permettons de rapprocher cette observation de la précédente. Elle lui est antérieure et avait contribué à inspirer la conduite qui fut tenue plus haut. Le diagnostic

clinique, était celui de cancer de l'angle gauche. En réalité la tumeur siégeait sur la fin du transverse.

Femme 59 ans.

Troubles intestinaux depuis 1 an. Obstruction chronique manifeste depuis quelque temps. Laparotomie latérale droite. Cæcum et côlon ascendant volumineux. On fait une cæco-sigmoïdostomie.

Deuxième intervention 3 semaines plus tard, en mars 1923.

Incision médiane. Résection de tout le transverse mobile en gardant les 2 angles. Fermeture des bouts en cul-de-sac.

Suites bonnes malgré une température persistante.

La malade vit encore actuellement avec très bon état général. Elle garde dans le flanc droit une tumeur contractile qui n'est autre que le côlon ascendant en cul-de-sac, qui se remplit ou se vide par intermittence.

Colectomies avec dérivation préalable cæcale.

N° 2

Femme 68 ans.

Opérée d'un néo du sein il y a 11 ans. Troubles intestinaux depuis 5 mois aboutissant à de l'occlusion complète et nécessitant une cæcostomie d'urgence. Malgré cela la stase persiste dans le transverse qui se dessine toujours sous la peau.

Deuxième intervention deux semaines après, en août 1916.

Laparotomie latérale gauche. Néo avec adhérences de l'angle gauche.

Après libération, résection emportant la moitié gauche du transverse et la moitié supérieure du côlon descendant. Anastomose latéro-latérale transverso-sigmoïdienne en laissant ce qui reste du côlon descendant fermé en cul-de-sac.

Suites : mort par péritonite en 5 jours.

N° 3

Homme 55 ans.

Obstruction chronique depuis 1 mois, aggravée depuis 15 jours et nécessitant un anus cæcal d'urgence.

Deuxième intervention 15 jours après, en novembre 1916.

Laparotomie latérale gauche. Néo du côlon descendant avec quelques adhérences postérieures. On pratique d'abord une anastomose latéro-latérale transverso-sigmoïdienne puis l'entérectomie du segment compris.

Suites : mort au bout de 2 mois avec température persistante et cachexie progressive sans fermeture de la dérivation.

N° 4

Homme 60 ans.

Troubles intestinaux ayant débuté il y a 3 mois et aboutissant à de l'occlusion complète. Cæcostomie d'urgence.

Deuxième intervention 15 jours après, en octobre 1920.

Laparotomie médiane. Néo du début de l'S iliaque. Résection. Anastomose latéro-latérale difficile à cause de l'œdème persistant des parois intestinales.

Suites : phénomènes péritonéaux inquiétants mais fugaces. 15 jours après accès fébriles à type pseudo-palustre avec frissons qui se répètent assez souvent. Mort au bout de un mois et demi sans fermeture de la dérivation.

N° 5

Femme 64 ans.

Début brusque il y a 3 semaines par crise occlusion qui cède spontanément.

Depuis 5 jours à nouveau occlusion complète. Cæcostomie d'urgence faite sous laparotomie médiane à cause de l'incertitude du diagnostic. Il s'agit d'un néo de l'S iliaque, partie moyenne.

Deuxième intervention 6 semaines après, en juin 1923.

Laparotomie médiane à nouveau. Résection de la tumeur. Anastomose bout à bout correcte mais un peu difficile à cause de la brièveté du bout inférieur.

Suites bonnes : fermeture de l'anūs cæcal sans incidents.

Colectomies avec dérivation préalable iliaque proche.

N° 6

Homme 56 ans.

Début brusque par occlusion aiguë. Laparotomie médiane

qui montre un néo du début de l'S iliaque. On pratique au-dessus un anus à la Jaboulay.

Deuxième intervention en janvier 1927, 1 mois après.

Résection du néo. On se trouve acculé, du fait de la proximité de l'anūs, à une anastomose bout à bout malgré l'œdème persistant de l'intestin. La colectomie a été, pour cette même cause, un peu parcimonieuse.

Suites bonnes. Fermeture de la dérivation.

N° 7

Homme 68 ans.

Début brusque par occlusion aiguë. Laparotomie médiane qui montre un néo de la partie moyenne de l'S iliaque. On fait une dérivation iliaque au-dessus.

Deuxième intervention en octobre 1919.

Résection du néo, qui adhère un peu à la vessie, faite suffisamment large. Anastomose bout à bout.

Suites : bonnes jusqu'au 4^e jour où une péritonite déclenchée par un lavement intempestif amène la mort.

N° 8

Homme 66 ans.

Troubles urinaires d'origine prostatique depuis 2 ans.

Début brusque de l'affection intestinale par occlusion aiguë. Laparotomie médiane qui montre un néo de la première moitié du sigmoïde. On fait sur le côlon descendant un anus à la Jaboulay.

Deuxième intervention 1 mois après, en août 1927.

Résection suivie d'anastomose bout à bout.

Suites bonnes. Mais la cure de la dérivation est difficile : on doit faire une nouvelle résection suivie d'anastomose termino-terminale. Drainage. Echec partiel de la cure, les sutures ayant lâché en partie. A ce moment, aggravation des troubles urinaires obligeant à faire une cystostomie. Finalement mort en avril 1928, la fistule intestinale ne s'étant pas oblitérée et une récurrence se développant localement.

N° 9

Femme 54 ans.

Troubles intestinaux depuis 1 an. Obstruction chronique

depuis 1 mois subitement aggravée et nécessitant une dérivation qui est faite iliaque à la Jaboulay.

Deuxième intervention 6 semaines après, en octobre 1920.

Laparotomie médiane. Néo sténosant de l'S iliaque avec adhérences. Libération difficile avec déchirure du côlon. — Résection. Anastomose bout à bout assez pénible. Drainage.

Suites bonnes, Fermeture de l'anus iliaque.

Colectomies avec anus in situ en canon de fusil.

N° 10

Femme 75 ans.

Troubles intestinaux discrets depuis 3 mois. Pas d'obstruction clinique. Au palper, volumineuse tumeur du flanc gauche.

Intervention en août 1928.

Incision transversale. Gros néo bourgeonnant de l'angle gauche. Section première du méso. Extériorisation extemporanée avec adossement en canon de fusil des 2 branches de l'anse. Colectomie. Le bout supérieur est maintenu obturé par un clamp.

Suites : paraissaient devoir être bonnes. La malade s'est éteinte sans phénomènes péritonéaux le 4^e jour.

N° 11

Homme 65 ans.

Obstruction intestinale chronique depuis 5 mois.

Intervention en septembre 1926.

Laparotomie médiane. Néo du côlon descendant. On branche une incision transversale pour libérer l'angle gauche. Résection emportant la moitié gauche du transverse et le côlon ascendant. Adossement en canon de fusil sur 4 cm. de large et 8 de long. Le bout supérieur est laissé obturé.

Suites : L'anus ne fonctionne pas. Occlusion aiguë dont on ignore la cause précise. Mort au bout de 20 jours malgré fistulisation d'une anse grêle dans la fosse iliaque droite.

N° 12

Femme 57 ans.

Légers troubles intestinaux depuis 1 mois.

Il y a 4 jours coliques très douloureuses avec diarrhée sanglante sans météorisme et s'accompagnant d'une rapide altération de l'état général.

Intervention en novembre 1929.

Laparotomie médiane. On trouve une anse grêle étranglée par bride sous l'angle iléo-cæcal. Libération. Il existe en outre un néo de la partie moyenne de l'S iliaque avec grosse distension colique sus-jacente, œdème et rougeur des parois. Pas d'invagination à ce moment. Résection large. Après branchement d'une incision transversale iliaque gauche, fixation à la peau des 2 anses adossées sur 4 cm. de long. Le bout supérieur est laissé obturé par un clamp.

On fait en outre une cæcostomie de décharge.

Suites : sphacèle des anses au-dessous du clamp. Péritonite. Mort en 9 jours.

N° 13

Homme 70 ans.

Depuis 7 ans troubles de rétention prostatique.

Phénomènes intestinaux depuis 1 an.

Actuellement invagination de l'S iliaque à travers le rectum et portant un petit néo.

Intervention en septembre 1926.

Laparotomie médiane. On désinvagine prudemment l'S iliaque dont les parois sont œdématiées. Résection étendue. Abouchement à la peau des 2 orifices après adossement assez large et sur 6 cm. de long.

Suites bonnes. Entérotomie. 3 semaines après colectomie, fermeture de l'anus *in situ* par voie intra-péritonéale. La fermeture est difficile. On ne refait pas complètement la paroi abdominale en laissant une petite mèche.

Suites : d'abord excellentes, puis au 8^e jour désunion partielle des sutures de l'entérorraphie. A ce moment aggravation des troubles urinaires et la mort survient au bout de quelque temps.

N° 14

Femme 45 ans.

Troubles intestinaux depuis 4 ans avec crises fréquentes d'obstruction.

Actuellement occlusion complète depuis 8 jours. Anus cæcal fait sous laparotomie médiane qui montre un néo de la partie moyenne de l'S iliaque.

Deuxième intervention 1 mois après en mars 1920.

Nouvelle laparotomie. Libération du néo qui adhère à une anse grêle et à la vessie. Résection. Les 2 bouts sont simplement attirés à la partie supérieure de l'incision et laissés obturés 38 heures par leur écraseur.

Suites bonnes. La cure de l'anus *in situ* est faite par voie extra-péritonéale mais avec quelque difficulté. L'entérotomie préalable n'a pas été nécessaire.

15 jours plus tard cure de la cæcostomie.

N° 15

Femme 55 ans.

Troubles intestinaux remontant à 1 an, crises fréquentes d'occlusion passagère dont une nécessite finalement un anus cæcal.

Deuxième intervention 3 semaines après, en janvier 1924.

Laparotomie médiane. Néo partie moyenne de l'S iliaque qui est restée très dilatée. Résection large. L'incongruence étant absolue, abouchement des 2 bouts à la peau après court adossement sur 3 cm. de long. Le bout supérieur est laissé obturé 36 heures.

Suites bonnes. Cure de l'anus *in situ* 6 semaines après par nouvelle résection suivie d'anastomose termino-terminale.

10 jours plus tard cure de la cæcostomie.

Opérations du type Lardennois.

N° 16

Homme 65 ans.

Début brusque de l'affection intestinale par de l'occlusion aiguë. Laparotomie médiane d'urgence qui montre un néo de l'angle gauche. Cæcostomie.

Deuxième intervention 5 semaines après, en septembre 1926.

Incision allant de l'angle costal gauche jusqu'au-dessus du pubis. Mobilisation de l'angle splénique. Résection. Anastó-

mose latéro-terminale transverso-sigmoïdienne avec anus *in situ* à la Lardennois.

Suites bonnes. Fermeture de l'anus cæcal 1 mois après. On se réserve de fermer la dérivation *in situ* ultérieurement quand l'état général se sera amélioré, mais le malade meurt chez lui 2 mois plus tard après s'être affaibli progressivement.

N° 17

Homme 66 ans.

Troubles intestinaux depuis 3 mois aboutissant à de l'occlusion complète. Cæcostomie faite sous laparotomie médiane qui montre un néo de l'angle gauche.

Deuxième intervention 15 jours plus tard en juillet 1928.

Laparotomie latérale gauche. Résection comprenant la moitié du transverse et du côlon descendant. On termine par un Lardennois avec dérivation sur tube de caoutchouc.

Suites bonnes. 1 mois après fermeture de l'anus cæcal. 15 jours plus tard cure de la dérivation *in situ*. De ce côté une petite fistule réapparaît (il aurait mieux valu intervertir l'ordre des cures des dérivations). Finalement le malade meurt 9 mois après la colectomie de cachexie sans qu'on ait pu entreprendre la cure de la fistule.

N° 18

Homme 50 ans.

Troubles intestinaux depuis 1 an. Actuellement occlusion complète nécessitant une cæcostomie d'urgence.

Deuxième intervention 3 semaines après, en mars 1925.

Laparotomie médiane. On trouve un néo de l'angle splénique qu'on libère après branchement d'une incision transversale. Résection de la moitié du transverse et du côlon descendant. On termine par un Lardennois.

Suites bonnes. 1 mois après fermeture de l'anus *in situ* et 8 jours plus tard de la cæcostomie.

N° 19

Femme 55 ans.

Troubles intestinaux depuis 1 an. Subocclusion depuis 3 semaines.

Laparotomie médiane. Néo de la partie moyenne de l'S iliaque. Cæcostomie.

Deuxième intervention 10 jours après, en mai 1930.

Laparotomie latérale gauche. Résection large de la tumeur et terminaison par un Lardennois.

Suites bonnes : 15 jours après fermeture de la cæcostomie suivie 8 jours plus tard de celle de l'anús *in situ*.

N° 20

Femme 66 ans.

Coliques depuis 15 jours aboutissant à de l'occlusion complète. Cæcostomie.

Deuxième intervention quelques semaines plus tard, en juin 1927.

Le néoplasme siège sur la partie moyenne de l'S iliaque. Ablation. On termine par un Lardennois.

Suites bonnes : fermeture de l'anús *in situ* puis de la cæcostomie. Pour cette dernière, les sutures lâchent une première fois. La guérison a été obtenue la seconde.

N° 21

Femme 59 ans.

Début brusque il y a 5 jours par de l'occlusion subaiguë et peu de ballonnement.

Intervention en juin 1928.

Laparotomie médiane. On trouve un néd du début de l'S iliaque. Résection large étendue jusqu'au côlon transverse. On termine par un Lardennois.

Suites : mort au bout de 16 jours avec état infectieux à allure septicémique.

TROISIÈME PARTIE

Discussion

Après avoir rappelé brièvement les principales méthodes qui ont été proposées pour rétablir la continuité intestinale après exérèse d'un cancer colique gauche et exposé les observations de M. Leclerc, nous essayerons d'en dégager les enseignements qu'elles comportent.

Pour ce faire, étant donné que, parfois, des faits indépendants des méthodes employées sont venus en déformer les résultats, nous tiendrons autant compte des réflexions que la pratique nous a suggérées que de la valeur absolue des résultats obtenus. Nous reconnaissons que notre statistique étant incomplète car ne s'étendant pas à tous les procédés types que nous avons mentionnés plus haut, les conclusions auxquelles nous aboutirons en seront affaiblies d'autant.

Ceci dit, les observations que nous avons rapportées peuvent se classer ainsi, étant bien entendu que nous n'envisagerons dans ce qui va suivre que la valeur purement opératoire des procédés employés et non point leur résultat final en ce qui concerne le traitement du cancer en lui-même :

— 1^{er} groupe : pas de rétablissement de la continuité

intestinale au niveau de la colectomie. Il y est pallié par une dérivation interne préalable.

2 cas avec 1 mort opératoire.

— 2^e groupe: colorraphie totale immédiate après colectomie sous couvert d'une dérivation externe préalable.

8 cas avec 4 morts opératoires.

Ces opérations se dédoublant ainsi si l'on envisage le siège de la dérivation :

4 cas avec anus cæcal préalable, 3 morts.

4 cas avec anus iliaque préalable, 1 mort.

3^e groupe : procédés où l'on a cherché la garantie d'une dérivation contemporaine *in situ* seule (à ce propos, nous rangerons dorénavant dans les anus *in situ* celui de Lardennois) :

5 cas, 5 morts opératoires.

La dérivation *in situ* ayant été faite :

1 fois avec anastomose totale d'emblée par le procédé de Lardennois;

4 fois sans aucun début d'anastomose immédiate (anus à éperon).

— 4^e groupe: procédés où l'on a cumulé les deux sécurités d'une dérivation externe préalable et d'une dérivation contemporaine *in situ* :

7 cas sans décès opératoire.

La dérivation *in situ* a été faite ici :

5 fois suivant le type de l'opération de Lardennois;

2 fois en anus à éperon.

Nous n'avons pas de cas se rapportant à la colectomie retardée après extériorisation. M. Leclerc pense, en effet, que ce procédé qui paraît bon quant aux ré-

sultats immédiats, entraîne une limitation dans l'exécution du côté du méso et il répugne à l'employer.

Le classement que nous avons adopté pour nos observations diffère un peu de celui utilisé plus haut pour les méthodes. Il est moins didactique mais plus pratique car la question qui a, selon nous, le plus d'importance opératoire est de savoir si l'on doit ou non créer un anus *in situ*. Les modalités de son exécution, c'est-à-dire avec anastomose plus ou moins complète immédiate ou sans suture du tout, sont déjà des considérations de deuxième ordre.

Analyse des Observations de chaque groupe :

a) 1^{er} groupe (observ. n^{os} 1 et 1') :

Les deux observations que nous rapportons n'ont d'intérêt qu'en ce qui concerne la dérivation interne par anastomose. Elles montrent que cette dernière peut être effectuée même en cas de distension et sans trop de risques pour peu que l'on s'éloigne suffisamment de la tumeur. Par contre, cette dérivation agit mal sur l'état du côlon, si bien, que de ce fait, dans la première de nos observations, le rétablissement de la continuité colique après la colectomie n'a pas été tenté. Si cette même conduite a été tenue dans le deuxième cas, c'était pour des raisons différentes : il aurait été difficile de rapprocher les deux angles coliques droit et gauche, tout le transverse ayant été enlevé.

Quant à ce qui a trait à la méthode en elle-même, elle ne saurait plus avoir d'indications à l'heure ac-

tuelle, malgré le succès marquant que nous avons relevé en faveur de la deuxième observation.

En effet, les risques à courir du fait de la présence des culs-de-sac dont le supérieur surtout est sujet à se distendre, ne sont pas à négliger et le plus sage est d'établir en pareil cas une dérivation contemporaine *in situ* si l'on a la conviction de pouvoir rétablir ensuite le circuit intestinal normal, sinon d'étendre suffisamment l'exérèse pour supprimer tout le cul-de-sac supérieur.

b) 2^e groupe (observ. n^{os} 2 à 9 incluses) :

Ces observations nous permettent d'apprécier la valeur de la dérivation externe préalable. Elles montrent avec évidence que cette dernière ne conditionne la sécurité d'une anastomose totale exécutée d'emblée après la colectomie qu'en tant qu'elle est faite proche. Ce n'est qu'ainsi réalisée que la déviation préalable peut exercer sa double influence simultanée sur l'état général du malade et l'état du côlon. Par contre, elle gêne notablement la colectomie dont elle limite l'étendue, ce qui expose aux récives (cas de l'observ. n^o 8 où l'échec final 8 mois après la colectomie ne met pas en cause la méthode employée en tant que mode de rétablissement du circuit intestinal mais en tant que procédé de traitement du cancer), et aussi le rétablissement de la continuité intestinale. En effet, l'abaissement du bout supérieur est rendu très difficile et l'on est acculé à une anastomose bout à bout même quand l'état du côlon est resté mauvais comme dans notre observation n^o 6 par exemple.

Cependant, malgré tout, nous n'avons relevé pour

les 4 colectomies faites sous couvert d'un anus iliaque, qu'une seule mort opératoire directement imputable à la méthode (encore qu'il y ait eu dans ce cas une erreur grave de soins post-opératoires, observ. n° 7), contre 3 décès pour les 4 autres opérations sous couvert d'un anus cæcal.

c) 3^e groupe (observ. n° 10 à 13 incluses + observ. n° 21).

Dans tous ces cas, il n'a été fait qu'une dérivation contemporaine *in situ* seule. Les résultats ont été franchement mauvais, aussi faut-il les analyser de près.

Deux des opérations ont été faites alors qu'il y avait occlusion aiguë (cas n° 12 et 21). Si la laparotomie était justifiée d'autant qu'il n'y avait pas de ballonnement abdominal appréciable, il aurait fallu s'en tenir ensuite au minimum, à la dérivation externe simple sans colectomie. Il y eut donc là erreur d'indication opératoire et la méthode employée ne peut être mise en cause. De même celle-ci ne peut être prise à partie en ce qui concerne l'observation n° 13. Il s'agissait d'un malade qui avait eu un anus *in situ* à éperon bien établi et dont la fermeture fut régulière. Il y eut par la suite réouverture partielle de cet anus. La mort survint au bout de quelque temps, au milieu de troubles urinaires manifestes d'origine prostatique. Il est possible que dans ce cas l'échec de la cure de la dérivation *in situ* ait eu une influence sur cette mort, mais de toute façon, ce fait serait à la charge non du principe de dérivation, mais de la modalité de son exécution.

Par contre, dans les deux dernières observations

(n^{os} 10 et 11), la mort a suivi l'établissement même de cette dérivation.

Si bien qu'en définitive et quoique l'expérience que nous avons de la question soit assez restreinte, nous pensons, après examen un peu serré des faits, que la dérivation *in situ* assure une sécurité insuffisante chez les malades en obstruction chronique (comme par exemple le cas de notre observ. n^o 11) ou affaiblis et dont le cœur risque de ne pas tenir (observ. n^o 10). Il ne faut pas oublier en effet que cette méthode ménage beaucoup moins la résistance des sujets que la dérivation préalable qui, elle, au contraire, a d'ordinaire une influence heureuse sur leur état général.

Aussi pensons-nous qu'il est plus prudent de la réserver uniquement aux cas favorables où cependant l'on hésiterait à faire un Reybard typique.

d) 4^e groupe (observ. n^{os} 14 à 20 incluses) :

Les 7 cas que nous rapportons ont eu le couvert d'une double dérivation, à la fois préalable externe commandée le plus souvent par l'occlusion et contemporaine *in situ*. Il n'y a pas eu de mort opératoire imputable à la méthode et ceci montre la supériorité qu'a eu cette association sur les autres procédés.

En définitive, pour tout résumer, nous avons été menés logiquement, après l'étude que nous avons faite, aux déductions suivantes :

1^o La dérivation externe préalable distante de même que celle contemporaine *in situ* sont insuffisantes à elles seules dans les formes que l'on rencontre le plus couramment de cancers du côlon gauche à as-

sur la sécurité du rétablissement de la continuité intestinale.

2° La dérivation externe proche préalable donne de bons résultats car elle répond d'ordinaire aux deux objectifs qui sont d'influencer l'état général du malade et de modifier l'état local du côlon au voisinage de la tumeur. Malheureusement, elle complique tellement la réalisation du second temps opératoire principal que ses indications se trouvent, de ce fait, très restreintes.

3° L'association des deux dérivations externes, l'une préalable et distante, l'autre contemporaine *in situ*, assure le maximum de sécurité au rétablissement du circuit intestinal.

Son inconvénient est le nombre des temps opératoires à imposer au malade. Elle satisfait, comme la dérivation proche seule, aux deux objectifs signalés à propos de cette dernière ; mais elle le fait individuellement pour chacun d'eux. Nous y voyons cet avantage qu'il n'est pas besoin de tabler sur le siège du néoplasme pour établir la dérivation préalable externe. De même sa modalité, totale ou partielle, importe peu. Comme son rôle principal est de mettre le malade dans de meilleures conditions pour supporter la colectomie, sans chercher à modifier spécialement l'état local du côlon juxta-tumoral (ce que fera l'anus *in situ*) ; il suffit dans la pratique de la faire sous forme d'une simple cœcostomie et cela quel que soit le siège du cancer sur le côlon gauche.

4° Dans les cas très favorables, en pratique malheureusement jusqu'à présent tout à fait exceptionnels,

où il n'y a pas de modification notable des parois intestinales, la seule dérivation contemporaine *in situ* nous semble suffisante et préférable à l'opération de Reybard.

5° Faute d'expérience, nous ne pouvons juger la dérivation interne, ni la colectomie retardée après extériorisation. Peut-être cette dernière permettrait-elle de se dispenser de l'anus *in situ* en faisant dans l'esprit de l'opération de Quénu une suture qui soit cependant totale, l'inconvénient que nous avons signalé au point de vue de l'exérèse du méso étant mis à part.

Il ne nous reste plus pour terminer, après avoir établi la nécessité de la dérivation contemporaine locale, qu'à envisager la modalité de son exécution. Nous avons résumé à la fin de la première partie de notre travail les principaux types d'anus *in situ* avec leurs avantages et leurs inconvénients, surtout théoriques. L'expérience sur laquelle nous pouvons nous appuyer ne nous permet de juger que l'anus artificiel en canon de fusil et celui de Lardennois.

Nous avons recueilli 6 observations du premier type (observ. n^{os} 10 à 15 incluses) et 6 du deuxième (observ. n^{os} 16 à 21 incluses). Les résultats ont été les suivants :

a) Opérations faites avec une dérivation en canon de fusil :

1 colectomie d'emblée en occlusion aiguë : mort ;

2 colectomies d'emblée sans occlusion : 2 morts.

Nous avons dit plus haut ce que nous pensions de ces faits à propos de la dérivation *in situ* proprement dite.

Il reste pour apprécier l'anús en canon de fusil lui-même trois cas :

Le premier (observ. n° 13) comportait un éperon bien marqué, dont la section fut correcte, ainsi que la fermeture ultérieure de la colostomie. Le malade mourut quelques temps après avec des troubles urinaires graves et échec partiel de la cure de l'anús artificiel. Il nous est difficile dans ces conditions de porter un jugement valable.

Le deuxième (obs. n° 14) ne présentait qu'un éperon à peine sensible, effacé en grande partie par rétraction et atrophie. De ce fait, la cure de la dérivation put être pratiquée sans difficulté par voie extra-péritonéale.

Dans le troisième (observ. n° 15), on se trouvait en présence du cas mixte où l'éperon existait, mais ne se prêtait pas à l'entérotomie. On dut réséquer deux segments coliques et faire ensuite une anastomose totale bout à bout.

b) Opérations du type Lardennois :

Sur les 6 observations, il en est une à éliminer pour les mêmes raisons que plus haut, la colectomie ayant été faite en occlusion aiguë (observ. n° 21).

Nous notons pour les autres :

Une fois, la cure de l'anús *in situ* n'a pas été faite, le malade étant mort 3 mois après la colectomie, pour des raisons qui ne mettent pas celle-ci en cause (obs. n° 16).

Dans le cas n° 17, la fermeture eut lieu, mais fut suivie d'une fistulisation partielle que le malade a gardée jusqu'à sa mort, 9 mois après la colectomie,

Dans les 3 observations restantes (n^{os} 18, 19 et 20), la guérison fut obtenue facilement et sans incident.

De l'ensemble de ces résultats, nous pouvons déduire deux choses :

1^o La première concerne l'établissement même de la dérivation *in situ*. Si nous ne gardons que les cas où l'indication opératoire était à notre avis correctement posée, nous pouvons mettre en balance 5 opérations de Lardennois, sans échec, contre 3 autres avec anus à éperon, également sans mort opératoire immédiate. Or, l'établissement d'une dérivation du type Lardennois est incontestablement plus difficile et plus long, puisqu'il faut faire une anastomose totale, que celui d'une dérivation en canon de fusil. Néanmoins, cette opération ne s'est pas montrée plus grave que l'autre et ceci confirme cette notion que le danger du rétablissement de la continuité intestinale ne réside pas principalement dans l'anastomose, si celle-ci peut être mise au repos complet pendant sa cicatrisation.

2^o La deuxième a trait à la cure de la dérivation.

Celle-ci est très facile quand il s'agit d'un Lardennois et si l'on peut rencontrer parfois des succès, ceux-ci peuvent également se voir dans la cure des simples cæcostomies ordinaires (voir notre observ. n^o 20 par exemple). Il n'y a point en chirurgie de procédé infailible.

Pour ce qui est des anus à éperon, nous n'avons pas une expérience suffisante pour savoir si les modifications de technique proposées par Schwartz, à leur réalisation sont susceptibles d'en simplifier la cure ultérieure. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que dans

le cas des éperons ordinaires, si l'on n'a pas la chance de les voir s'atrophier et se rétracter, la fermeture de la dérivation devient très délicate et parfois même irréalisable à moins que l'on ne fasse une nouvelle résection colique suivie d'anastomose bout à bout. On risque ainsi, en reportant le danger à la fin du traitement du cancer (au contraire du procédé de Lardennois), de perdre des malades qui pouvaient être considérés déjà comme guéris opératoirement. Notons que c'est en partie pour pallier à ce danger que la cure de la cæcostomie, quand elle a été faite préalablement à la colectomie, doit toujours être reportée après celle de la dérivation *in situ*.

En définitive, pour clore cette discussion, nous estimons que l'opération de Lardennois, qui ne nous a pas paru, dans la littérature ni dans la pratique chirurgicale, être considérée à sa juste valeur, est un excellent procédé de rétablissement de la continuité intestinale et qui peut être recommandé dans l'état actuel de la technique opératoire.

CHAPITRE II

PREMIÈRE PARTIE

Conditions particulières du rétablissement de la continuité intestinale après colectomies pour cancers de la fin du sigmoïde, de la jonction recto-sigmoïdienne et du haut rectum.

Les cancers de la partie terminale du gros intestin comme le dit Okinczyc, se prêtent « aussi mal à la colectomie sans dérivation qu'à l'extériorisation ».

Les difficultés du rétablissement du circuit colique sont à ce niveau plus grandes qu'ailleurs. En effet, les sutures intestinales sont très difficiles à exécuter étant donné que l'on doit travailler dans le petit bassin : à partir du moment où dans l'exérèse la section inférieure porte sur la dernière moitié de la portion transversale du sigmoïde, il devient impossible d'attirer le segment colique inférieur à la peau et à plus forte

raison d'extérioriser : on ne peut donc compter sur la sécurité d'une dérivation *in situ*. Par ailleurs, la dérivation préalable externe distante n'a qu'une influence insuffisante sur l'état de l'intestin juxta-tumoral et l'on ne peut la faire proche, car elle interdirait, en empêchant l'abaissement colique, tout rétablissement de la continuité intestinale. Ces conditions spéciales rendent les procédés opératoires que nous avons exposés dans le précédent chapitre, très aléatoires : elles imposent une technique opératoire particulière.

Il convient de définir la région dont les cancers seront justiciables de cette technique opératoire particulière commune.

On peut dire qu'elle commence en haut sur l'S iliaque, à un niveau variable, suivant les cas, mais tel que la section inférieure de l'intestin dépassant largement en bas le néoplasme, atteigne le début de la portion descendante verticale du côlon pelvien.

En effet, nous remarquons qu'à partir de ce moment, le procédé de Lardennois, qui a permis d'abaisser au maximum la limite supérieure de la région que nous envisageons, car il demande pour sa réalisation un bout colique inférieur, notablement moins long que les autres procédés comportant une dérivation *in situ*, devient lui-même impraticable.

Il y a lieu d'étendre en bas cette même région jusqu'à la portion sus-ampullaire du rectum. En effet, lorsque dans les néoplasmes sus-ampullaires, c'est-à-dire ceux dont cliniquement l'on aborde à bout de doigt le pôle inférieur par le toucher, on veut conserver le sphincter et faire une résection, ce dont nous

dirons plus loin la légitimité, le problème opératoire est à peu de choses près le même que pour les cancers de fin du sigmoïde, car dans ce cas l'ablation doit s'étendre vers le haut : l'anatomie pathologique ayant montré à Challier et à Mondor qu'il fallait prolonger la résection sur une partie du côlon pelvien pour enlever le groupe ganglionnaire hémorroïdal supérieur. Inversement d'ailleurs pour les cancers de la fin du côlon terminal, la résection doit être étendue sur le rectum.

En définitive, cette région que nous appellerons recto-sigmoïde élargie, se définit surtout du point de vue technique : c'est celle où le néoplasme est à la fois suffisamment haut situé pour que le sphincter soit conservé sans qu'on puisse encourir le reproche d'une insuffisance de dépassement ; et trop bas situé pour que, la résection étant faite, l'opération de Lardenois (dernier procédé *avec dérivation* in situ possible) soit réalisable. Dans la région ainsi définie l'entérorraphie par suture est pratiquement inapplicable par la voie abdominale. Sans doute à sa partie toute supérieure l'anastomose bout à bout est-elle encore techniquement réalisable alors que le Lardenois ne l'est plus, mais il n'y a pas lieu d'en tenir compte car à cause du peu d'efficacité de la dérivation préalable à distance, ce mode d'anastomose resterait en pratique des plus aléatoires. L'opérateur se trouve dans la nécessité ou de renoncer à rétablir le circuit intestinal, ou d'adopter maintenant le seul mode de réunion colique possible en dehors de l'entérorraphie et qui est l'invagination.

Celle-ci peut être réalisée de deux façons différentes. Soit en un seul temps, comme le fait Lockhart-Mummery qui rétablit la continuité intestinale de suite après l'exérèse du cancer.

Soit en deux temps, comme l'a proposé Schwartz.

Le premier est conçu suivant le type d'une opération de Hartmann et ce n'est que secondairement et assez longtemps après (un an dans un des cas signalés) que l'invagination est faite. Schwartz y voit ce double avantage: que l'on rétablit ainsi la continuité intestinale dans les meilleures conditions possibles sur un opéré bien portant, dont l'S iliaque est redevenu normal et se serait même allongé sous l'influence de la distension permanente exercée par le bol fécal, ce qui faciliterait l'abaissement du bout colique supérieur au périnée. Cet abaissement est, en effet, considéré dans la méthode d'invagination telle qu'elle est réalisée dans les deux procédés que nous venons de citer, comme un point essentiel.

Ces opérations par voie abdominale seule assez facilement réalisables dans les cancers situés dans la première moitié de la région recto-sigmoïde telle que nous l'avons définie plus haut, deviennent d'une exécution plus délicate dans les néoplasmes très bas situés. Là, en effet, la solidarisation des segments intestinaux emboîtés l'un dans l'autre est à peu près impossible et les risques par sphacèle du bout colique supérieur abaissé à travers le sphincter jusqu'au périnée (sphacèle dont il est impossible de prévoir *à priori* l'étendue et qui pourrait dépasser la hauteur du segment rectal inférieur restant) deviennent très grands.

Aussi, pour pallier à ces risques et à ces dangers, a-t-on eu depuis longtemps déjà l'idée d'opérer par voie combinée (Delbet, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1922). En effet, les résections faites uniquement par la voie basse périnéale, coccygienne ou sacrée ne peuvent être utilisées dans les cas qui nous occupent car il est indispensable que la section supérieure soit judicieusement placée, exactement proportionnée aux lésions, ce qui ne peut être fait étant donné la hauteur du niveau colique auquel on doit parvenir, que par la voie abdominale.

L'opération par voie combinée se fait en deux temps consécutifs : le premier temps abdominal servant précisément à limiter la section supérieure et à préparer l'abaissement ; le deuxième périnéal, à rétablir la continuité intestinale, ce qui peut être fait avec plus d'aisance que par l'abdomen, car l'abord de la zone de raccordement est devenu immédiat. Le rétablissement du circuit intestinal peut être réalisé par invagination de la même façon que le faisait Hochenegg par la voie basse seule, ou même par suture recto-colique bout à bout. Les risques de désunion par sphacèle ne sont plus les mêmes que plus haut, car ici, le drainage peut être établi de façon très efficace.

Nous devons reconnaître, après l'exposé que nous venons de faire, que la question du rétablissement du circuit colique après colectomie pour cancer, est, dans cette région recto-sigmoïde, particulièrement délicate et beaucoup moins avancée qu'au niveau du côlon gauche. Aussi, nombre de chirurgiens, la laissent-ils de côté, préférant créer au malade un anus artificiel

définitif. Inadmissible pour le reste du côlon, comme nous l'avons fait remarquer dans notre premier chapitre, cette façon de faire reprend ici beaucoup de droits et de faveur. Elle peut être conçue de deux façons différentes :

Soit en faisant l'opération de Hartmann dans les cancers de la fin de l'S iliaque, opération très intéressante par sa bénignité en général ;

Soit en pratiquant pour les cancers du haut rectum, l'amputation abdomino-périnéale que l'anusc artificiel définitif soit établi ensuite périnéal ou iliaque.

Nous ne nous attarderons pas sur ces deux derniers procédés qui sont en dehors de la question que nous étudions et si nous avons mentionné dans les observations qui vont suivre, les quatre cas d'opération de Hartmann que nous avons recueillis, c'est uniquement pour permettre d'établir une comparaison entre la gravité des méthodes restauratrices et les autres, bien mieux connues en général.

DEUXIÈME PARTIE

Observations de Colectomies effectuées pour Cancers de la dernière portion de l'S iliaque, de la jonction recto-sigmoïdienne et du haut rectum (Statistique du D^r Leclerc).

Rétablissement de la continuité intestinale effectué par anastomose bout à bout de suite après la colectomie.

Observation I

Femme 65 ans.

Troubles intestinaux depuis 1 an aggravés surtout depuis quelques semaines. On sent une tumeur par le toucher mais indirectement à travers la paroi rectale.

Intervention juillet 1910.

Laparotomie médiane. Le néo siège sur la portion descendante pelvienne de l'S iliaque à 6 cm. du fond du Douglas. L'intestin est un peu distendu au-dessus. Hystérectomie. Résection de la tumeur colique suivie de suture termino-terminale. Drainage vaginal.

Suites : mort le 5^e jour en hypothermie et collapsus cardiaque sans signes nets de péritonite.

Observation II

Femme 41 ans.

Troubles intestinaux depuis 5 mois avec signes d'obstruction chronique. On sent une tumeur mobile dans la fosse iliaque gauche.

Intervention août 1921.

Laparotomie médiane. Le néo se trouve à 10 cm. du fond

du Douglas. L'S iliaque est dilaté. Résection colique. A cause de la brièveté du bout inférieur qui empêche de faire un anus *in situ*, on termine par une suture termino-terminale et l'on pratique une dérivation de sécurité sur l'S iliaque.

Suites : mort de péritonite au bout de 3 jours.

Observation III

Homme 63 ans.

Début de l'affection intestinale il y a 3 mois aboutissant à de l'occlusion complète qui nécessite une cæcostomie d'urgence faite sous laparotomie médiane. On trouve un néo à 10 cm. du fond du Douglas environ, sur le début de la portion descendante du côlon pelvien.

Deuxième intervention 10 jours après, en juin 1922.

Laparotomie médiane à nouveau. Résection. Anastomose bout à bout correcte malgré distension persistante de l'S iliaque.

Suites : bonnes, fermeture de la cæcostomie 15 jours plus tard.

Abstention de tout rétablissement du circuit colique.

Anus iliaque définitif (Hartmann).

Observation IV

Femme 42 ans.

Troubles intestinaux depuis 1 an aboutissant finalement à de l'occlusion complète. Anus iliaque d'urgence ; le pôle inférieur d'un réo étant senti par le toucher à bout de doigt.

Deuxième intervention 3 mois après, en novembre 1926.

Laparotomie médiane. Le néo est à 6 cm. au-dessus du fond du Douglas. Résection après hystérectomie et fermeture simple des bouts sectionnés. La section a porté en haut à 4 cm. au-dessus de l'anus iliaque. Drainage vaginal.

Suites : bonnes jusqu'au 10^e jour où une injection vaginale intempestive déclenche une température à grandes oscillations avec phénomènes pulmonaires graves qui provoquent la mort au bout d'un mois.

Observation V

Homme 62 ans.

Troubles intestinaux depuis 6 mois aboutissant à de l'occlusion. Cæcostomie.

Deuxième intervention 1 mois après, en mai 1925.

Laparotomie médiane. Néo de la dernière moitié du sigmoïde avec grosse distension sus-jacente. Résection. On ne peut songer, à cause de l'incongruence, à faire une anastomose. Anus iliaque définitif. Le bout inférieur est fermé en cul-de-sac et la suture invaginée par crainte du sphacèle.

Suites : bonnes, mais le malade ne se remonte pas et meurt 1 mois après.

Observation VI

Homme 63 ans.

Souffre depuis 1 an de coliques. Actuellement obstruction chronique. Cæcostomie.

Deuxième intervention 12 jours après, en juillet 1923.

Laparotomie médiane. Néo de la dernière moitié du sigmoïde. Résection. On termine en fermant le bout inférieur en cul-de-sac, le supérieur étant abouché à la peau en anus artificiel définitif.

Suites : mort de péritonite en 3 jours.

Observation VII

Homme 41 ans.

Début brusque par occlusion qui nécessite une cæcostomie d'urgence.

Deuxième intervention 15 jours après, en juillet 1926.

Néo de la dernière moitié de l'anse sigmoïde avec grosse distension sus-jacente. Impossibilité soit de créer un anus *in situ*, soit de faire une anastomose. On termine par le procédé de Hartmann.

Suites bonnes. La cæcostomie a été fermée 15 jours plus tard.

Rétablissement de la continuité intestinale réalisé par invagination. (Ces observations, sauf la n° XI, ont été publiées in Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 29 oct. 1930, p. 1152, rapporteur Okinczyc.)

Observation VIII

Homme 55 ans.

Troubles intestinaux depuis quelques années. Actuellement occlusion complète. Cæcostomie d'urgence.

Deuxième intervention 1 mois après, en juin 1923.

Néo de la fin de la portion transversale du sigmoïde. Résection qui dépasse en haut largement le néo, en bas à 4 cm. Invagination à l'aide d'un tube sur une étendue qui n'a pas été notée mais qui n'excède pas quelques centimètres. Le drain lui-même court ne peut être senti par le toucher rectal. L'invagination a été fixée par 2 plans de sutures séro-séreux.

Suites : parfaites sans température. Le drain a été évacué 2 mois 1/2 après l'opération. Fermeture de l'anus cæcal.

Un an après le malade a de nouveau de l'obstruction. Une laparotomie montre au niveau de la résection une grosse masse néoplasique occupant l'intestin et le méso.

Observation IX

Femme 52 ans.

Troubles intestinaux depuis 1 an. Outre un fibrome utérin il existe une tumeur mobile dans la fosse iliaque gauche. Rectoscopie : rien jusqu'à 15 cm.

Intervention 10 août 1930.

Laparotomie médiane. Gros néo à 10 cm. du fond du Douglas. Intestin un peu dilaté et œdémateux jusqu'à la fin du côlon descendant. Résection portant sur 4 travers de doigts de part et d'autre de la tumeur. Elle est faite économique et dans un but palliatif, étant donné qu'il existe un ganglion plaqué contre le rachis que l'on ne pourrait enlever sans compromettre la vitalité colique. Invagination sur tube qui sort seul à travers le sphincter et sur une étendue de 6 cm. environ. On la fixe par un double surjet au fil de lin.

Suites : parfaites, -sans aucune réaction péritonéale. Le drain tombe le 6^e jour.

La malade revient en janvier 1931 pour de l'occlusion. Laparotomie médiane. Anses grêles un peu distendues avec adhérences et surtout dilatation modérée mais nette de tout le côlon jusqu'au niveau de l'invagination. Cependant il n'y a à ce niveau aucune récurrence néoplasique. Une sonde introduite par le rectum ne peut franchir la zone de l'invagination et va buter dans la rigole formée entre la tête du boudin supérieur et les parois coliques du bout inférieur. On pratique une petite dérivation iliaque qui se ferme ensuite spontanément, la malade allant assez bien n'éprouvant qu'une difficulté légère à aller à la selle et devant faire usage de laxatifs.

Observation X

Femme 60 ans.

Troubles intestinaux remontant à 2 ans. Une crise passagère d'occlusion il y a 1 mois qui se résout spontanément. Au palper tumeur peu mobile dans la fosse iliaque gauche. Rectoscopie négative jusqu'à 15 cm.

Intervention mars 1930.

Laparotomie médiane. Néo à 8 cm. du fond du Douglas. Résection allant en bas jusqu'au Douglas ; en haut dépassant la tumeur de 10 cm. Invagination sur tube. La tête du boudin dépasse le sphincter en bas. L'invagination est fixée par 2 étages au fil de lin.

Suites : bonnes, cependant par prudence le drain ayant été éliminé par sphacèle au bout de 4 jours, on fait une cœcostomie 8 jours après la colectomie. On la referme sans incidents deux semaines plus tard.

Observation XI

Homme 78 ans.

Troubles intestinaux depuis quelques mois. La rectoscopie montre un néo à 14 cm.

Intervention en septembre 1930.

Laparotomie médiane. Néo situé à 8 cm. du fond du Douglas. Résection allant en bas jusqu'à ce cul-de-sac et dépassant en haut la tumeur de 10 cm. Invagination sur tube,

La tête du boudin dépasse le sphincter. Fixation de l'invagination par une couronne de points séparés.

Suites bonnes les 2 premiers jours, puis brusquement mort par collapsus cardiaque. L'autopsie n'a révélé ni péritonite, ni rien d'anormal du côté de l'invagination où il n'y avait en particulier pas eu de sphacèle, ni de désunion.

Observation XII

Homme 57 ans.

Depuis 3 mois légères hémorragies au moment des selles. Au toucher on sent à bout de doigt l'extrémité inférieure d'un néo.

Mai 1930. Anus cæcal bien qu'il n'y ait pas de distension abdominale.

Deuxième intervention 10 jours plus tard.

Le néo est à 5 cm. du fond du Douglas, exactement à la jonction recto-sigmoïdienne. Résection descendant en bas sur le rectum à 6 cm. de l'anus en haut jusqu'au début du côlon pelvien. Invagination sur tube, la tête du boudin étant attirée au dehors. L'invagination est fixée par des points séparés sauf en arrière où on ne peut avoir accès.

Suites très simples. La cæcostomie est fermée 20 jours après.

Observation XIII

(Publiée in Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris,
31 octobre 1928. — Schwartz, rapporteur.)

Femme 33 ans.

Début il y a 1 an par petite hémorragie rectale. Depuis 3 mois reprise du symptôme qui augmente de fréquence. On sent un néo par le toucher à bout de doigt.

Intervention en janvier 1928.

Laparotomie médiane. Le néo descend à 4 cm. du fond du Douglas. On repère par une ligature le lieu de la future section intestinale en haut. Hystérectomie. Libération de l'S iliaque et du rectum qui est poussée le plus bas possible. Péritonisation au lin. Fermeture de la paroi.

Deuxième temps périnéal. On amorce un Withead et on ferme la lumière intestinale en liant la muqueuse en cul-de-

sac. Incision périnéale antérieure qui permet de retrouver le décollement fait par voie abdominale. On attire l'S iliaque et le repère descend juste au niveau de l'anus.

Section du rectum libéré au-dessus du sphincter et du côlon au niveau du repère. Abaissement de l'S iliaque à travers du canal anal dépouillé de sa muqueuse et fixation à la peau. Drainage des 2 fosses ischio-rectales et du vagin ; mèche dans l'incision périnéale antérieure.

Suites très simples. Les drains ischio-rectaux donnent pendant assez longtemps. Le sphincter fonctionne bien au bout de 4 mois et la continence est bonne.

Observation XIV

Homme 66 ans.

Troubles rectaux depuis 6 mois. On sent le pôle inférieur d'un néo par le toucher à bout de doigt. Pas d'obstruction abdominale.

Première intervention 3 mars 1931. On crée un anus sur la partie gauche du transverse par le procédé de Lardennois pour réaliser une dérivation totale.

Deuxième intervention 24 mars 1931.

Laparotomie médiane. Le néo siège à quelques centimètres au-dessus du fond du Douglas que son pôle inférieur dépasse légèrement en bas. L'S iliaque étant abaissable on repère par une ligature le lieu de la future section. Libération du côlon et du rectum poussée très bas. Péritonisation au lin, fermeture de la paroi.

Deuxième temps périnéal : incision prérectale qui permet de retrouver le décollement abdominal antérieur, puis incision sur le raphé ano-coccygien. Ablation du coccyx. Séparation des releveurs sur la ligne médiane et le côlon est attiré.

Section du rectum à 6 cm. de l'anus et du côlon au niveau du repère qui s'abaisse bien. Invagination sur tube du côlon dans le bout rectal nettoyé et gardant sa muqueuse. Le tube est alors enlevé et le bout colique fixé à la peau. Aucune suture n'a été faite au niveau même de l'invagination. Drainage en avant et en arrière du rectum.

Suites : parfaites du côté abdominal ; aucune réaction pé-

ritonéale. Du côté pelvien on constate après ablation des mèches et des drains qu'il passe de temps en temps, malgré la dérivation, qui pendant les premiers temps était complète, un peu de matières soit à travers le sphincter, soit au niveau du décollement postérieur. Il y a donc un certain degré de désunion. Un mois après l'intervention le comblement des brèches périnéales étant déjà très avancé, il ne passe plus que rarement et de moins en moins de matières en arrière du rectum. Le toucher rectal montre à ce moment que la continuité recto-colique est obtenue. Le malade est donc en très bonne voie de guérison. 13 mai 1931 : fermeture de la dérivation.

Observation XV

Femme 45 ans.

Troubles rectaux et intestinaux depuis 6 mois. Malgré cela très bon état général sans obstruction clinique. On sent le pôle inférieur d'un néo à bout de doigt par le toucher rectal.

Première intervention, 16 avril 1931. On crée un anus sur la partie gauche du transverse par le procédé de Jaboulay.

Deuxième intervention 28 avril.

Laparotomie médiane. Le néo siège à 2 cm. du fond du Douglas et au-dessus. Pas de ganglions dans le méso-sigmoïde. L'S iliaque étant libéré de ses accollements normaux, on repère par une ligature le lieu de la future section colique. L'abaissement est jugé possible. Le repère siège au niveau du milieu de la portion transversale du sigmoïde. Section du méso et libération du rectum poussée le plus bas possible. Hystérectomie subtotale. La tumeur est alors facilement attirée et de ce fait l'invagination par voie abdominale serait possible. On préfère néanmoins la voie combinée. Refoulement de la masse recto-sigmoïde. Peritonisation très haute au fil de lin. Fermeture du ventre sans drainage.

Temps périnéal. Incision prérectale qui permet de retrouver le décollement abdominal puis incision postérieure sur le trajet ano-coccygien. Ablation du coccyx. On rejoint là encore le décollement abdominal et par les côtés du rectum l'incision transversale prérectale. Le colon est attiré en arrière jusqu'au repère. Section du rectum préalablement nettoyé à 6 cm. de l'anus environ et du côlon en tre des pinces

de Goullioud. Invagination réalisée simplement à l'aide d'une pince passée à travers le bout rectal. Le côlon s'abaisse très bien et est fixé à la marge de l'anus. Pas de solidarisation directe des deux segments invaginés. Drainage des deux décollements périnéaux antérieur et postérieur.

Suites parfaites du côté abdominal. Du côté pelvien les drains ont été enlevés au bout d'une quinzaine de jours. La brèche antérieure prérectale est déjà comblée. Aucune désunion ne s'est produite. Il ne passe rien par le sphincter.

TROISIÈME PARTIE

Valeur opératoire des procédés de rétablissement du circuit intestinal au niveau de la fin du côlon terminal.

1° Anastomoses bout à bout par sutures après résection faite par voie abdominale.

Nous en avons relevé trois cas (obs. I, II et III) Les sutures ont été faites correctement. Il n'y eut qu'un succès (obs. III) qui correspondait à un cas où l'occlusion ayant été très marquée, on dut pratiquer une cæcostomie préalable. Or, il n'en persistait pas moins une incongruence nette des bouts à anastomoser, rendant la suture très risquée au deuxième temps. Les conclusions auxquelles nous nous sommes arrêtés dans la première partie de notre étude à propos des cancers du côlon gauche, sont encore plus justifiées ici. Une dérivation *in situ* serait de première nécessité. Puisqu'elle est impossible, l'anastomose totale par suture doit être abandonnée. Si elle est susceptible de donner parfois des succès, elle est grevée trop souvent de risques importants.

2° Invagination, suivant le procédé de Lockart-Mummery.

Cette méthode apparaît comme beaucoup plus sûre

que la précédente. Nous en avons 5 cas (obs. VIII à XII incluses) avec une seule mort par collapsus cardiaque sans péritonite chez un vieillard de 78 ans.

L'invagination a été réalisée techniquement de deux façons différentes :

Dans les trois observations X, XI, XII, la tête du boudin d'invagination a pu être attirée à travers le sphincter, réalisant, comme le dit Okinczyc, la dérivation externe transanale.

Dans les deux autres (VIII et IX), cette dérivation n'a pas été réalisée, du moins directement, puisque seul, et encore dans un cas uniquement, le tube en caoutchouc de Mayo, fixant la tête du boudin invaginé, sortait au dehors, tandis que ce boudin restait inaccessible au toucher. La longueur du segment invaginé n'était que de 6 centimètres dans l'observation IX et de quelques centimètres (probablement 4) dans l'observation VIII. Malgré cela, il ne s'est produit aucun incident : les suites, au contraire, ont été parfaites et très simples.

Ces faits nous incitent à penser que si la possibilité d'abaisser jusqu'à travers le sphincter anal le segment intestinal à invaginer — et ce sans risque de sphacèle par tiraillement des pédicules vasculaires — est bien la condition optima de sécurité pour la méthode, ce serait en beaucoup restreindre ses indications.

En effet, plus le cancer siège haut, et plus l'abaissement est difficile et devient vite absolument impraticable ; cela pour une situation de la tumeur qui ne permet encore pas d'extérioriser et obligerait à faire une anastomose bout à bout dangereuse.

Or, la méthode d'invagination est avant tout un moyen de rétablir la continuité intestinale et accessoirement une dérivation. Qu'elle puisse, dans certains cas particulièrement favorables, cumuler les deux objectifs, c'est une raison de plus de l'employer. Mais lorsqu'elle ne le peut, il faut se demander seulement si elle est capable de réaliser sans trop de risques la première indication, de préférence à l'anastomose par sutures. De plus, il n'y a pas une si grande différence de fond entre ce que nous appellerons l'invagination totale qui atteint le périnée et l'invagination partielle. Très rapidement, en effet (au bout de 2 à 3 jours en général), le bout supérieur abaissé et fixé à la peau de la région anale se sphacèle en partie, rompt ses attaches et disparaît sur une hauteur plus ou moins grande. Si bien qu'à ce moment il n'y a plus entre les deux modes d'invagination de différence essentielle.

Nous pensons, en définitive, que ce qui conditionne surtout la sécurité de l'invagination dans son ensemble, c'est sa longueur, quel que soit le niveau où elle s'arrête au-dessus du périnée. Il est difficile de préciser quelle doit être cette longueur. Elle est variable suivant les cas, doit être la plus grande possible et ne doit pas être inférieure à 4 ou 5 centimètres.

Mais ce qui est essentiel, c'est que l'on ne crée aucune traction factice pour maintenir abaissé le bout supérieur au niveau nécessaire ; il doit s'y maintenir de lui-même sans avoir tendance à remonter ni à tirer sur les points de suture placés pour coapter les segments coliques au niveau de l'invagination ; il faut également que cette coaptation par suture soit rigou-

reusement correcte. Ces conditions étant satisfaites, et l'expérience le prouve, cette méthode de rétablissement de la continuité intestinale peut donner dans la pratique des résultats intéressants :

Sur 5 cas ainsi traités, nous n'avons relevé qu'une mort (obs. XI), encore que nous ayons pu avoir la preuve formelle que le procédé employé ne pouvait être mis en cause.

3° *Résection par voie combinée abdomino-périnéale suivie d'invagination du côlon à travers la zone sphinctérienne conservée.*

Nous n'avons que trois observations se rapportant à ce procédé (obs. XIII à XV), mais ce sont trois succès.

Dans la première, l'abaissement a été réalisé à travers le canal anal dépouillé de sa muqueuse.

Dans les deux autres, cette dernière a été conservée.

Dans les trois cas, le bout supérieur a été simplement fixé à la peau et l'on n'a pas cherché à solidariser les segments intestinaux emboîtés l'un à l'autre. Les résultats ont été très bons pour la première observation, la continence devenant à peu près complète au bout de 4 mois. Pour les deux autres observations, nous n'avons malheureusement pas le recul du temps pour porter une appréciation valable. Nous ne pouvons qu'enregistrer un succès opératoire immédiat.

Il nous est possible, après cet exposé sommaire, de donner une appréciation personnelle sur la valeur des méthodes restauratrices basées sur une invagination plus ou moins longue. En groupant les cas opérés par

voie abdominale seule ou par voie combinée, nous arrivons à un total de 8 opérations avec une seule mort. Nous les mettrons en parallèle avec les quatre cas que nous avons recueillis et où fut abandonnée la réalisation de la continuité colique. Il y eut avec cette méthode 3 décès. Ceci semblerait infirmer la notion de bénignité de l'opération de Hartmann.

Pour être juste, nous ne retiendrons pas à son compte les décès de l'observation IV, où il y eut erreurs de soins post-opératoires et de l'observation V, où il ne paraît pas qu'elle puisse être mise en cause. Mais même avec ces restrictions, il reste une mort par péritonite indubitable pour 4 cas de colectomie. Autant qu'on puisse porter un jugement basé sur une expérience restreinte, nous pouvons dire que les méthodes restauratrices ne sont pas en pratique, d'une gravité exceptionnelle et qu'il est par conséquent logique de toujours chercher à rétablir la continuité intestinale quand on le peut.

Une deuxième raison justifie cette conduite : on a nié pendant assez longtemps la valeur de la conservation du sphincter, prétendant que la continence ne pouvait être acquise. Si cela était, ce serait singulièrement compliquer les choses que d'essayer de rétablir dans ses conditions physiologiques normales, le circuit intestinal, et l'opération de Hartmann emporterait tous les suffrages.

Or, le cas de l'observation XIII rapporté par Schwartz à la Société de Chirurgie de Paris en octobre 1928, démontre formellement que la continence redevient à peu près parfaite au bout de quelques mois.

Une autre question se pose maintenant : celle de la préférence à donner à l'une ou l'autre des deux méthodes restauratrices que nous avons mentionnées. Ici, une pratique encore insuffisante, surtout par la voie combinée, ne nous permet pas de décider. Nous ne pourrons que livrer les réflexions suivantes, concernant les avantages et les inconvénients de l'une ou de l'autre :

La première, par voie abdominale seule, est plus simple d'exécution mais comporte des risques du côté du drainage qu'il est difficile de bien établir. D'autre part, il est souvent malaisé de solidariser correctement les deux segments intestinaux emboîtés par des points de suture, au moins sur le quart des circonférences postérieures du côté du sacrum.

Enfin il y a cet inconvénient sérieux, s'il se produisait fréquemment, ce que nous ne pouvons encore savoir à l'heure actuelle, de possibilité de sténose cicatricielle tardive au niveau de l'invagination elle-même (cas de notre observation IX).

La deuxième, par voie combinée, est plus délicate à réaliser, mais elle est théoriquement moins aveugle ; l'abord de la zone où se fera le raccordement intestinal est plus aisé. Surtout le drainage est parfait, au cas où une désunion partielle se produirait. Mais elle possède cet inconvénient qu'il ne faut pas lors du premier temps abdominal avoir mésestimé, la possibilité de l'abaissement du niveau colique repéré comme siège de la future section, sans quoi on se heurterait ensuite à des difficultés très grandes. Il y a là une question d'appréciation personnelle de la part du chi-

rurgien et de coup d'œil qui ne saurait reposer sur des règles fixes et qui est, il faut bien l'avouer, un peu aléatoire.

QUATRIÈME PARTIE

Tactique et technique opératoires.

Il est difficile quand on a affaire à un néoplasme de la région recto-sigmoïde de disposer par avance son plan opératoire et de décider du procédé que l'on emploiera pour rétablir la continuité intestinale. Ce n'est guère le plus souvent, qu'au fur et à mesure de l'intervention, que les données opératoires se précisant, que l'on se pliera aux conditions imposées pour aboutir à une façon de faire judicieuse. Il y a là toute une tactique opératoire, faite d'à propos et de souplesse.

Voici comment nous envisageons la conduite à tenir :

1° Si le malade est vu en occlusion complète avec abdomen ballonné, et que le siège du néoplasme soit inconnu, c'est la cœcostomie qui s'impose comme à l'ordinaire. Si le diagnostic de siège était fait il serait préférable de faire porter la dérivation sur le transverse.

2° Si le malade est vu en dehors de toute occlusion, le diagnostic de siège est en général possible. S'il s'agit bien d'un cancer situé dans la région recto-sigmoïdienne telle que nous l'avons décrite, nous pen-

sons qu'il faut a priori envisager le rétablissement du circuit intestinal à partir du moment où l'on s'est rendu compte cliniquement que le sphincter pourra être conservé. Bien que dans la plupart des observations que nous avons relevées elle n'ait pas été faite, nous estimons qu'une dérivation préalable rendrait cependant des services. En effet, la dérivation contemporaine telle qu'elle est réalisée, par l'abaissement jusqu'au périnée de la tête du boudin d'invagination ou par le tube de caoutchouc qui la fixe quand cet abaissement est impossible, nous semble de toute façon un peu précaire, quoiqu'en ait dit Okinczyc. Elle ne tient que les trois ou quatre premiers jours, tant que le sphacèle partiel ne s'est pas développé. L'invagination ne réalisant pas d'ordinaire un raccordement parfaitement étanche, il semble préférable de la mettre au repos par une dérivation externe préalable faite sur le transverse. Il serait même utile que cette dérivation fût totale.

3° *Tactique opératoire proprement dite.* — L'abdomen est ouvert pour l'ablation du néoplasme et celui-ci est naturellement supposé extirpable.

On place tout d'abord une ligature repère sur le point où devra porter en haut la future section colique. Ce point sera déterminé d'après le siège exact de la tumeur et l'étendue de l'envahissement ganglionnaire. Le segment intestinal tumoral est ensuite libéré de ses attaches péritonéales et autres le plus bas possible, d'après la technique bien connue de l'amputation abdomino-périnéale. La portion de l'S

iliaque sus-jacente à la ligature repère est également mobilisée au besoin par décollement colo-pariétal.

On possède à ce moment toutes les données qui permettront de choisir la façon de terminer : d'une part, on voit jusqu'où la ligature repère pourra être abaissée et, d'autre part, après libération du rectum, on se rend compte si la tumeur se laisse facilement attirer en permettant un abord aisé au delà de son pôle inférieur.

Une question est vite résolue : celle de savoir si, seule une invagination partielle est possible, et il est encore temps d'abandonner le rétablissement de la continuité intestinale en faisant un Hartmann ou une amputation abdomino-périnéale si on la juge trop aléatoire. Cette éventualité se présentera surtout pour les cancers situés tout au début de notre région recto-sigmoïde où le repère ne s'abaissera pas au plancher pelvien.

Dans le cas où le repère peut être abaissé au niveau du périnée, il est plus délicat de choisir entre l'invagination totale par voie abdominale, ou la méthode combinée

a) On se décidera en faveur de la première si le rectum libéré se laisse facilement attirer et que l'on pense pouvoir, de ce fait, placer des sutures correctes pour solidariser les deux segments intestinaux une fois emboîtés l'un dans l'autre. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, qu'en cas de désunion partielle avec reflux du contenu intestinal, aucun drainage ne serait assez efficace pour éviter la cellulite pelvienne. L'opération sera alors conduite ainsi :

Le rectum est sectionné entre deux pinces de Goullioud, le côlon après écrasement au de Martel, un tube de caoutchouc suffisamment long est introduit dans le bout supérieur et fixé par un fil transfixiant à la fois les parois coliques et le tube. Un aide nettoie soigneusement le cul de sac rectal : la pince qui l'obstruait est lâchée et l'orifice de section maintenu béant par 4 fils placés aux extrémités des cadrans. L'aide introduit une pince à travers le rectum et attire à lui le tube de caoutchouc ; l'intestin suit et son extrémité doit pouvoir être abaissée à l'anus. A ce moment, on solidarise l'invagination par une première couronne de points ; l'aide tire encore légèrement sur le tube et l'on replace un deuxième étage de sutures au fil de lin au-dessus du premier. Le bout colique inférieur est enfin fixé à la région anale, après ablation du tube. Il importe, avant de fermer l'abdomen, de faire une péritonisation au fil de lin aussi exacte que possible.

Chez la femme, on fera bien de pratiquer une hystérectomie. Ses avantages sont multiples : outre le champ qu'elle donne elle procure un lambeau péritonéal antérieur de première utilité. Elle permet, de plus, d'assurer un drainage par la voie vaginale si elle est faite totale.

b) L'ablation par voie combinée peut être choisie de préférence dans les cas où le rectum, même bien libéré, s'attire mal et où la section inférieure devant être basse, l'abord de la zone de raccordement intestinal sera très difficile. Mais il faut être bien sûr que

le repère placé à l'endroit de la future section colique s'abaissera jusqu'à l'anus.

Toute la réussite de l'opération dépend de ce point essentiel malaisé à établir.

L'opération décidée, on fait une péritonisation très soignée au fil de lin et la plus haute possible. Après quoi, l'abdomen est fermé et l'on passe au temps périnéal. On peut ou non le commencer en amorçant un Withead et suturer la muqueuse rectale décollée en cul-de-sac pour fermer la lumière intestinale.

Le temps périnéal proprement dit comprend une incision transversale périnéale antérieure qui permet de retrouver le décollement fait par voie abdominale. Il faut en outre faire une incision périnéale longitudinale postérieure sur le trajet du raphé-anococcygien avec ablation du coccyx. Après séparation des releveurs sur la ligne médiane, on retrouve par là encore le décollement abdominal et l'on doit rejoindre, par les côtés du rectum, l'incision antérieure. A ce moment, l'intestin est attiré en arrière jusqu'au niveau du repère. Le rectum est coupé entre deux pinces de Goullioud et le bout inférieur soigneusement nettoyé, si la muqueuse n'a pas été enlevée préalablement. Le côlon est ensuite sectionné au niveau du repère et l'on peut le fixer à un drain momentanément, pour faciliter son abaissement à travers le sphincter.

Il vaut mieux, en effet, que le bout colique puisse être suturé directement à la région anale ; ce n'est que dans le cas où l'on aurait mésestimé la possibilité de l'abaissement qu'il faudrait faire une suture

recto-colique termino-terminale dont l'exécution est plus délicate.

Ces sutures, où la solidarisation des segments invaginés, sont difficiles à exécuter correctement, mais ici une désunion partielle n'a pas la même gravité que pour l'invagination par voie abdominale. L'espace pelvi-rectal est très largement drainé et la cellulite si elle se déclarait, n'aurait pas les mêmes conséquences que dans le cas précédent.

CONCLUSIONS

I. — Après avoir étudié 21 cas de colectomies pratiquées pour cancers du côlon gauche, et cherchant à nous faire une opinion sur la meilleure façon de rétablir le circuit intestinal après ablation de la tumeur, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes, confirmées par les résultats opératoires immédiats obtenus :

1° L'établissement momentané d'une dérivation *in situ*, ou très proche, se montre préférable au rétablissement total de la continuité intestinale de suite après la colectomie, soit que celle-ci ait été faite d'emblée, soit qu'elle ait été précédée d'une dérivation préalable externe ou interne.

2° L'association de la dérivation externe préalable et faite à distance de la tumeur (souvent d'ailleurs imposée par l'occlusion fréquente dans les cancers du côlon gauche) assure à la méthode précédente ses plus grandes chances de succès.

3° Se basant sur ces considérations, et de préférence à de nombreux autres procédés, c'est l'anastomose latéro-terminale après colectomie, suivie d'abouchement du bout supérieur à la peau (opération de Lardennois) et sous couvert d'une cæcostomie préalable qui s'est montrée, dans la statistique que nous avons donnée, comme étant la pratique la plus sûre.

II. — En ce qui concerne les cancers de la fin du gros intestin, par suite de conditions anatomiques très différentes, les procédés habituels de rétablissement du circuit colique deviennent, ou très aléatoires, ou inapplicables.

1° Nous estimons qu'il y a lieu, en nous plaçant au point de vue purement technique, de comprendre dans une même classe les néoplasmes de la dernière moitié de l'S iliaque et du haut rectum. Cette région recto-sigmoïde très élargie correspond aux cancers où l'ablation étant faite il est impossible d'utiliser la dérivation contemporaine *in situ*, et où, par ailleurs, l'intégrité de la zone sphinctérienne anale permet d'envisager et de désirer le rétablissement normal de la continuité intestinale.

2° Les cancers de la fin de l'S iliaque et du haut rectum ainsi réunis dans une seule et même catégorie, sont justiciables de procédés opératoires identiques.

3° Ils sont difficiles à traiter par les méthodes qui cherchent à rétablir le circuit colique normal ; aussi

l'opération de Hartmann est-elle dans la pratique courante la plus employée.

4° Cependant, nous pensons qu'il y a mieux à faire et que d'ailleurs les procédés qui permettent de rétablir la continuité intestinale ne sont pas d'une gravité qui les rende prohibitifs. Au contraire, ils peuvent même soutenir la comparaison avec l'opération de Hartmann.

5° Les procédés en pratique recommandables pour les cancers situés à ce niveau sont :

a) L'opération de Lockhart-Mummery, qui rétablit par voie abdominale seule, au moyen d'une invagination du bout supérieur dans l'inférieur, la continuité colique ;

b) L'ablation abdomino-périnéale où le rétablissement du circuit intestinal peut être réalisé soit par invagination, soit par suture bout à bout effectuées par le périnée.

Les faits dont nous avons eu connaissance ne nous permettent pas, à l'heure actuelle, de choisir entre les deux opérations.

Vu :

Le Président de la Thèse :
BÉRARD.

Vu :

Le Doyen :
J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Avril 1931
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les publications antérieures à 1926, et ayant trait au cancer du côlon gauche en général, nous indiquons comme références les bibliographies contenues dans les thèses suivantes :

BERTRAND P. — Etude sur le cancer du côlon transverse et de ses angles. (*Thèse de Lyon*, 1925-26).

PARZY. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du gros intestin (rectum excepté). (*Thèse de Lille*, 1926-27).

ABEL LAWRENCE. — 3 cas de cancer double du côlon et du rectum. (*Proceedings of the Royal Soc. of med.*, v. XXII, n° 3, juillet 1929).

ABEL. — Double cancer du côlon pelvien et du rectum associé à la de la polypose du côlon et du duodénum. (*Proceedings of the Royal Soc. of Med.*, vol. XXIII, n° 3, mars 1930).

ADLER. — Diagn. et traitement du carcinome du côlon. (*Wiener mediz. Woch.*, an. LXXIX, n° 45, 2 nov. 1929).

BARGEN. — Colite chronique ulcéreuse associée au cancer. (*Arch. of Sug.*, vol. XVII, n° 4, oct. 1928).

BINKLEY. — Le diagn. précoce du cancer du rectum et du côlon pelvien. (*The Americ. Journ. of Surg.*, New-York, vol. I, n° 2, août 1926).

- BURGESS A.-H. — Les cancers du tractus gastro-intestinal. (*The British Medical Journal*, n° 3443, 1^{re} janv. 1927).
- BUTLER D'ORMOND (DE). — Cancer du côlon et cancer du rectum. (*Bull. et Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris*, t. XXII, n° 13, 17 oct. 1930).
- BRISSET. — Cancer S iliaque. Ablation en un temps avec fistule caecale contemporaine à la Witzel. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 4 juin 1927).
- CLARK J.-H. — Cancer de l'anse sigmoïde et du rectum chez les enfants et les adultes jeunes. (*Annals of Surg.*, vol. LXXXIV, n° 6, déc. 1926).
- CHARRIER J. et R. LEMOVICI. — De l'exérèse des cancers du côlon compliqués de gros abcès périnéoplasiques. (*Journal de Chirurgie*, janvier 1931).
- DZIEMBOWSKI. — Tumeurs du gros intestin. (Rapport au XXIV^e Congr. de Chir. polonais de Cracovie, in *Polski Przegląd Chir.*, t. VI, fasc. 3, 1928).
- ENDERLEN. — Une petite contribution à la résection du côlon descendant. (*Schweiz. Mediz. Wochens.*, t. LVIII, n° 23, 9 juin 1928).
- ERDMAN et CLARK. — Cancer du côlon. (*Annals of Surg.*, vol. LXXXIX, n° 1, janv. 1929).
- FAXUCCI. — Sarcome primitif du côlon descendant et du côlon sigmoïde. (*Il Policlinico*, an. XXXVII, n° 2, 15 fév. 1930).
- FIOLLE. — Notes pratiques sur le diagnostic et le traitement des cancers coliques gauches. (*Marseille Médical*, 5 août 1926).
- FLINT. — (*The British Journal of Surgery*, v. XIV, n° 56, avril 1927).
- GLATZEL. — Néoplasmes du côlon. (Rapport au XXIV^e Congrès de Chir. polonais de Cracovie, avril 1928, in *Polski Przegląd Chir.*, t. VII, fasc. 3, 1928).
- GETSCH. — Diagnostic et traitement du carcinome du côlon. (*Arch. of Sug.*, v. XVIII, n° 4, avril 1929).
- GRESSET. — Invagination d'un cancer du côlon. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XIX, n° 6, 18 mars 1927).

- GREY TURNER. — Cancer du côlon. (*The Lancet*, v. CCXVI, n° 5514, 4 mai 1929).
- HAHN L.-J. — Cancer du rectum et du côlon recto-sigmoïde. (*Annals of Surg.*, v. LXXXIX, n° 1, janv. 1929).
- HAMMER. — Cancer du côlon sigmoïde 10 ans après implantation des uretères d'une vessie extrophiée. (*Journal d'Urologie*, t. XXVIII, n° 3, sept. 1929).
- HOLMAN. — Traitement opératoire du cancer du côlon. (*The British Med. Journal*, 27 fév. 1926).
- JACOBS. — Cancer du rectum et de l'anse sigmoïde. (*Surg. gyn. and obst.*, n° 1, juillet 1926).
- KAUFMANN. — Sur le cancer du gros intestin. (*Brun's Beitrage zur. Klin. Chir.*, 1928, t. CXLIJ, fasc. 4).
- KEMPENEERS. — Tumeur colique. Opération et 3 temps. Guérison. (*Soc. Belge de Chir.*, an. XXXIV, n° 5-6, mai-juin 1927).
- LAMBRET. — (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir de Paris*, 1926, p. 278).
- LECLERC. — Les rétablissements de la continuité intestinale par invagination après résections pour néoplasmes de l'S iliaque et du haut rectum (rapport Okinczye). (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 8 nov. 1930).
- Ablation abdomino-périnéale du rectum suivie d'abaissement de l'S iliaque à travers le sphincter (rapport Schwartz). (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 10 nov. 1928.)
- LEPLAT. — 3 colectomies en deux temps pour cancer. (*Bull. et Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris*, 18 fév. 1927, t. XIX, n° 4).
- LESNIEWSKI. — Néoplasmes du gros intestin. (Rapport au XXIV^e Congrès des Chir. polonais de Cracovie, 1928, in *Polski Przegląd Chir.*, t. VII, fasc. 3, 1928).
- LORIN Henri. — Introduction à l'étude du traitement chirurgical des adénopathies dans les cancers des côlons transverse et gauche. (*Journal de Chirurgie*, n° 2, fév. 1927).
- MEILLÈRE. — Etude de la vascularisation des tuniques du segment gauche du côlon ; ses applications chirurgicales. (*Annales d'anat. pathol. chir.*, t. IV, n° 8, nov. 1927).

- MÉRIEL. — La colectomie à temps successifs généralisée à tous les segments du côlon. (*Toulouse Médical*, an. XXIX, n° 2, 15 janv 1928).
- MOREAU. — Hautefort rapporteur. 7 observations de colectomies partielles pour cancers pratiquées d'après la méthode de l'extériorisation avec résection retardée. Résultats immédiats et éloignés. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, t. XXII, n° 9, 16 mai 1930).
- MULLER. — Les cancers du gros intestin de la pratique médicale. (*Journal de Méd. de Paris*, août 1928).
- NEUMAN. — A propos de 8 cas de colectomies. (*Soc. belge de Chir.*, an. XXXIV, n° 4, av. 1927).
- OKINCZYC. — Cancers de la partie terminale du côlon pelvien. Résection. Invagination du côlon dans le rectum. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1^{er} mars 1930 et 8 mars 1930).
- OLIVECRONA. — Sur les résections aseptiques du côlon. (*Acta Chir. Scandinavia*, 1926, v. LX, sup. VII).
- PAPIN. — Un procédé de suture bout à bout du côlon après résection. (Communication au 24^e Congrès de l'Assoc. française de Chir. Paris, oct. 1926).
- 13 observations personnelles de colectomies. (*Journal de Méd. de Bordeaux et du Sud-Oues*, n° 11, 10 juin 1926).
- PAQUET. — Un cas de tumeur du côlon gauche chez un malade de 16 ans. (*Le Bulletin médical de Québec*, an. XXIX, n° 1, janv. 1928).
- PATERSON BROWN. — Cancer des côlons. Traitement et résultats éloignés. (*Edimburg Med. Journal*, n° 1, janv. 1926).
- PAUCHET. — La colectomie bénigne. (*Le Sud médical et chirurgical*, t. LIX, n° 2077, 15 nov. 1927).
- Colectomie totale, ses indications, ses dangers. (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, t. XVIII, n° 17, 17 déc. 1926).
- PERMAN. — Le traitement opératoire du cancer des côlons. (*Acta Chir. Scandinavia*, v. LXI, fasc. 2, 3 déc. 1926).
- PHILIPS et MACBETH. — Adénocarcinome diffus du côlon. (*The Brit. Med. Journal*, 11 sept. 1926).
- RAIGA André. — Une technique de fermeture des bouts intes-

- tinaux sectionnés. (*Journal de Chirurgie*, n° 1, janv. 1927).
- RANKIN. — Résection et occlusion du côlon. (*Surg. gyn. and obst.*, v. 4, n° 3, mars 1930).
- RANKIN et BARGEN. — Carcinome du côlon. Vaccination intrapéritonéale par vaccin mixte de strepto et colibacilles. (*Arch. of Sug.*, an. XIX, n° 5, nov. 1929).
- RANKIN et CHUMLEY. — Cancer colloïde du côlon et du rectum. (*Arch. of Surg.*, v. XVIII, n° 1, janv. 1929).
- RASTOUIL. — (*Soc. de Méd. et de Chir. de La Rochelle*, fév. 1927, n° 2).
- ROBERTSON. — Traitement opératoire du cancer du rectum et du côlon. (*Med. Journal and Record*, New-York, n° 1, 6 janv. 1926).
- ROWLANDS. — Cancer du côlon. (*The British Med. Journal*, n° 3442, 25 déc. 1926, et n° 3445, 15 janv. 1927).
- SANTY. — Exérèse de tumeur de l'angle gauche du côlon. (*Lyon Chir.*, t. XXVII, n° 3, mai-juin 1930).
- SCHLOFFER. — Sur la résection en 2 temps du gros intestin. (*Zentrabl. für Chir.*, t. LIII, n° 44, 30 oct. 1926).
- La technique de la colectomie. (*Surg. gyn. and. obst.*, v. XLIV, n° 1, janv. 1927).
- SCHRAMM. — Sur les néo du gros intestin. (Rapport XXIV^e Congrès de Chir. polonais de Cracovie, in *Polski Przegląd Chir.*, t. VII, fasc. 3, 1928, et fasc. 2, 1928).
- SCHWYZER G. — Cancer du côlon. (*Minnesota Medicine*, mai 1928).
- SEEFISH. — La résection par voie abdominale du côlon pelvien. (*Münchener mediz. Wochens.*, an. LXXIV, n° 17-20, mai 1927).
- SHELTON HORSLEY. — Carcinome du côlon. (*The journal of the Americ. medic. Assoc.*, v. XCIII, n° 45, 2 nov. 1929).
- SISTRUNK (Walter E). — Facteurs de sécurité dans les opérations pour cancer du côlon. (*The journal of the Americ. med. Assoc.*, v. XCL, n° 23, 8 déc. 1928).
- SMITH. — Cancer du côlon. (*The Americ journal of surg.*, v. IV, n° 5, mai 1928).
- SOUPAULT. — L'opération de Hartmann. (*Journal de Chir.*, n° 5, nov. 1927).

- Résultat éloigné anatomique et fonctionnel de la colectomie subtotale. (*Arch. des maladies de l'app. digestif et des maladies de la nutrition*, t. XVI, n° 7, juil. 1926. — Soc. de gatsro-entérologie de Paris, 14 juin 1926).
- STONE H. B. — L'interposition des segments du petit intestin entre les extrémités divisées du côlon. (*Annals of Surg.*, v. LXXXVI, n° 3, sept. 1927).
- STONE et CRAVER. — Le traitement des néoplasmes malins par le plomb colloïdal. (*Annals of Surg.*, n° 3, sept. 1927).
- TONINI. — Sténose de l'anse sigmoïde par adéno-carcinome. Résection en 3 temps. (*Gazzeta degli Ospedali e delle cliniche*, an. XLIX, n° 44, 28 oct. 1928).
- TURNER. — Cancer du côlon. (*The Lancet*, mai 1929).
- TURPIN. — Sur le cancer du côlon. (*Le Progrès Médical*, 25 sept. 1926).
- VIANNAY. — Un cas de colectomie en un temps pour néo du côlon pelvien. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 25 juin 1927).
- WALDEMAR GOLDSCHMIDT. — Opération radicale d'un cancer de l'anse sigmoïde inopérable après un traitement préalable à l'insuline. (*Wiener mediz. Wochens.*, t. LXXXVI, n° 36, 4 sept. 1926).
- WEISS. — Recherches cliniques et expérimentales sur la colectomie. (*Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Paris, n° 2, fév. 1926).
- Essais expérimentaux sur les anastomoses coliques et leur physiologie. (*Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, t. XIX, n° 1, janv. 1929).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER.	
<i>Première Partie.</i> — Exposé des méthodes de rétablissement de la continuité intestinale après excision d'un cancer du côlon gauche	13
<i>Deuxième Partie.</i> — Exposé des observations de cancers du côlon gauche qui forment la base du présent travail (statistique du Docteur Leclerc)	25
<i>Troisième Partie.</i> — Discussion	34
CHAPITRE II.	
<i>Première Partie.</i> — Conditions particulières du rétablissement de la continuité intestinale après colectomies pour cancers de la fin du sigmoïde, de la jonction recto-sigmoïdienne et du haut rectum	45
<i>Deuxième Partie.</i> — Observations de colectomies effectuées pour cancers de la dernière portion de l'S iliaque, de la jonction recto-sigmoïdienne et du haut rectum (statistique du Docteur Leclerc)	51
<i>Troisième Partie.</i> — Valeur opératoire des procédés de rétablissement du circuit intestinal au niveau de la fin du côlon terminal	60
<i>Quatrième Partie.</i> — Tactique et technique opératoires	67
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	77
